UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
de Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1972 - Thèse N° 218

A propos du reclassement des travailleurs handicapés De l'avis de la Commission d'Orientation des Infirmes à la recherche de leur devenir

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le Jeudi 9 Novembre 1972

par Francis PEYREFITTE
Certifié d'Études Spéciales de Médecine du Travail
né le 22 Juillet 1945 à CAUDÉRAN (Gironde)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. P. L'ÈPÉE, Professeur . . . . . Président

M. A. SERISÉ, Professeur . . . . . Juges

M. L. ARNÉ, Professeur . . . . . Juges

M. H. LAZARINI, Agrégé . . . . . Juges

Éditions Bergeret, 2, rue Bergeret - BORDEAUX
— Tél. 91.12.59 —

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547324_0003

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche
de Sciences médicales et pharmaceutiques

Année 1972 - Thèse N° 218

A propos du reclassement des travailleurs handicapés De l'avis de la Commission d'Orientation des Infirmes à la recherche de leur devenir

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le Jeudi 9 Novembre 1972

par Francis PEYREFITTE
Certifié d'Études Spéciales de Médecine du Travail
né le 22 Juillet 1945 à CAUDÉRAN (Gironde)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. P. L'ÈPÉE, Professeur . . . . . Président

M. A. SERISÉ, Professeur . . . . . } Juges
M. L. ARNÉ, Professeur . . . . . }
M. H. LAZARINI, Agrégé . . . . . }

Éditions Bergeret, 2, rue Bergeret - BORDEAUX
— Tél. 91.12.59 —

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MA MERE

A MON PERE

A MON FRERE

A MA FAMILLE

Nous remercions :

Monsieur SCHWARTZ

Directeur Régional du Travail et de la Main-d'Oeuvre

qui nous a aimablement reçu et écouté.

Mademoiselle BROCHET

Assistante Sociale Principale à la Direction Régionale du Travail, attachée auprès du Médecin-Inspecteur Régional du Travail et de la Main-d'Oeuvre

Monsieur REFIN

Directeur Départemental du Travail et de la Main-d'Oeuvre

qui nous a accueilli avec amabilité, a permis que nous consultions les documents ayant rapport aux handicapés et que nous assistions aux séances de la Commission Départementale d'Orientation des Infirmes.

Madame BEZY

Secrétaire de la Commission Départementale d'Orientation des Infirmes de la Gironde
Contrôleur du Travail

qui, à chacune de nos visites, complétait notre information par des remarques opportunes, et par des explications claires aux questions posées, qui nous a aidé notamment à débrouiller certains points délicats.

La Commission Départementale d'Orientation
des Infirmes de Gironde

Monsieur HAVARD

Chef du Centre Régional de l'Agence Nationale pour l'Emploi

qui a été très compréhensif à notre égard.

Monsieur GUILLAUD

Chef de la Section Départementale de l'Agence Nationale pour l'Emploi

Madame BENUSIGLIO

Chef de l'Agence Locale de l'Emploi Bordeaux - Centre

Monsieur SANSON

Chef de l'Agence Locale de l'Emploi Bordeaux - Nord

Messieurs les Prospecteurs-Placiers et les
Membres du Personnel des Agences Locales
de l'Emploi,
dont la Secrétaire du Service Médical

avec lesquels nous eûmes des relations courtoises.

Mademoiselle GAUSSERAND

Assistante Sociale - Chef du Service de Reclassement de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine

qui nous a introduit et accueilli dans son service avec cordialité, n'a pas ménagé l'aide qu'elle pouvait nous apporter, sans rien négliger qui puisse nous être utile. Dans ces conditions, il nous a été sensible de nous voir faciliter le choix et l'exposé de deux cas particulièrement intéressants, reproduits en fin de texte, triés parmi de multiples dossiers. Pour cela,nous remercions, avec elle, ses collaboratrices.

Madame ANDRIEUX

Assistante Sociale à la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale

qui a complaisamment discuté avec nous de chacun des dossiers en sa possession,

avec l'autorisation de Monsieur CERF

Inspecteur de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale

auquel nous sommes reconnaissant.

Monsieur HARISTOY

Psychologue du Travail au Centre Psychotechnique Régional

AUX MEDECINS DE MAIN-D'ŒUVRE de l'Agence Nationale pour l'Emploi

Madame le Docteur FOUQUEY-CHEROUX

Monsieur le Docteur DOUBLET

Qu'ils soient remerciés de nous avoir ouvert les portes de leur service avec franchise et amitié.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur H. LAZARINI

Maître de Conférences agrégé de Médecine légale et Médecine du Travail
Chevalier des Palmes académiques

Auquel nous exprimons tout le plaisir que nous avons eu de suivre son enseignement. Nous voudrions lui dire notre respectueux attachement.

Monsieur le Professeur L. ARNÉ

Professeur sans Chaire de Médecine générale et Thérapeutique, Réanimation médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie

En témoignage de notre admiration.

Monsieur le Professeur A. SERISÉ

Professeur sans Chaire (Hygiène)
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille militaire
Croix de Guerre 1939-1945
Chevalier des Palmes académiques
Chevalier de la Santé publique
Officier de l'Ordre du Mérite

Nous avons tiré profit des développements riches de contenu de ses cours magistraux. Avec notre profond respect.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. L'ÉPÉE

Professeur de Médecine légale et Médecine du Travail
Médecin Inspecteur du Travail et de la Main-d'œuvre de la Région d'Aquitaine
Officier de l'Ordre national du Mérite
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes académiques
Chevalier du Mérite social
Chevalier du Mérite agricole

Qui est à l'origine du choix du sujet.

Dont nous avons pu apprécier, à l'occasion de la préparation de notre C.E.S., la richesse de l'enseignement qu'il dispensait et la netteté des exposés.

Nous ne nous cachons pas que dans la réalisation de ce travail nous aurions souhaité nous inspirer de sa clarté de pensée.

Nous avons été touché par sa bienveillance et nous lui exprimons toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous accorde de présider cette thèse.

A PROPOS DU RECLASSEMENT DES TRAVAILLEURS HANDICAPES DE L'AVIS DE LA COMMISSION D'ORIENTATION DES INFIRMES A LA RECHERCHE DE LEUR DEVENIR

S O M M A I R E

	Pages
INTRODUCTION	5
Définition du travailleur handicapé	5
1 - Nature médicale de l'affection et exigences professionnelles, ou définition médico-professionnelle du travailleur handicapé	5
2 - Position sociale du travailleur handicapé : définition au plan social	6
3 - Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé : définition légale	7
CHAPITRE PREMIER	8
PREMIERE PARTIE.	
Enoncé du problème : la réhabilitation du travailleur handicapé	9
A. Définition	9
B. Arguments susceptibles de développer l'idée de la réhabilitation	10
I - Nécessité de rendre à l'handicapé les possibilités d'une activité professionnelle et d'une vie sociale voisine de la normale	10
II - Conditions de la réadaptation	12
III - Avis des intéressés eux-mêmes	12
IV - Les préjugés de l'employeur	14
Résumé, conclusion, mise au point	16
C. Autres raisons du bien-fondé de la réhabilitation	16

Pages

I - Les raisons physiologiques 16
a. Généralités.
b. Synergies du travail musculaire.
c. Effets de l'entraînement physique.
II - Les arguments psychologiques 19
L'handicapé.
Interactions entre le malade et son entourage.

D. Connaissance des besoins 21
I - Le nombre des handicapés 21
II - Augmentation actuelle du nombre des handicapés 22
a. Facteurs pathologiques.
b. Facteurs psychologiques.
c. Facteurs sociologiques.

E. La réadaptation du travailleur handicapé 24
Stade curatif et traitement fonctionnel.
Psychothérapie.
Approche du reclassement professionnel.
Conclusion du chapitre.
Le problème des responsabilités.

DEUXIEME PARTIE.

A. La loi du 23 novembre 1957 31
I - Note historique 31
II - Contenu de la loi du 23 novembre 1957 : tableau synoptique 33

B. Priorité d'emploi 34
I - Textes de référence 34
II - Différences entre les législations de 1924 et de 1957, à propos des priorités d'emploi, qui permettront de souligner le rôle de la loi du 23.11.57 35
III - Réalisations pratiques 36

C. La Commission départementale d'orientation des infirmes 38
I - Définition 38
II - Les buts 39
1° - Attribuer la qualité de travailleur handicapé.

Pages

A. Les dossiers de la Caisse régionale d'assurance maladie 68

B. Suites données aux avis de contrat et de rééducation 74

C. Les prolongements en matière de placements directs et ateliers protégés 79

TROISIEME PARTIE.
Commission départementale d'orientation des infirmes et nature médicale du handicap 81

A. Nature médicale du handicap des handicapés examinés par la C.D.O.I. 81
I - Le rôle du médecin de main-d'œuvre 81
II - Les handicapés examinés par la C.D.O.I. en 1970 83

B. Résultats du reclassement en fonction de la nature médicale du handicap 88

QUATRIEME PARTIE.
Etude de deux cas concrets du Service de reclassement de la Caisse régionale d'assurance maladie 90

CONCLUSION 98

I N T R O D U C T I O N

DEFINITION DU TRAVAILLEUR HANDICAPE.

Le travailleur handicapé est la personne qui, du fait d'une incapacité physique ou mentale, éprouve des difficultés pour acquérir ou conserver un emploi.

1 - Nature médicale de l'affection et exigences profesionnelles, ou définition médico-professionnelle du travailleur handicapé.

Il est d'abord handicapé. Ce terme auquel on s'adresse aujourd'hui est d'adoption récente. On remarque que dans les textes législatifs le mot handicapé coexiste avec infirme. N'a-t-on pas conservé l'appellation antérieure de Commission d'orientation des infirmes dans la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des Travailleurs handicapés ? On sous-entend un handicap, c'est-à-dire une infériorité, un désavantage quelconque, de nature médicale, à l'accomplissement d'une profession.

Le handicap peut provenir d'un fait de guerre, d'un accident, d'une maladie professionnelle, d'une pathologie courante, d'un phénomène génétique ou héréditaire, mais non du vieillissement sauf s'il est pathologique. Les handicapés peuvent être :

a) Physiques.

. au plan corporel : mutilations congénitales ou acquises,
. au plan sensoriel : affections congénitales ou acquises,
. au plan organique : cardiopathies, affections pulmonaires, neurologiques, rhumatismales...

b) Mentaux : débiles, psychopathes, anormaux.

Cela va de la pathologie la plus lourde jusqu'au seul trouble allégué par le sujet. Ces handicaps vont poser pour la personne des problèmes au moment de l'entrée dans le milieu professionnel. Une correspondance joue entre la tâche à exécuter et l'anomalie somatique ou mentale constatée ou invoquée. S'il n'en était pas ainsi, l'infirmité serait rejetée. Un exemple est la perte de l'auriculaire gauche pratiquement sans importance pour la profession d'avocat. On peut être diminué physique sans en éprouver un handicap au plan professionnel. Faut-il que la diminution ou l'insuffisance des capacités physiques ou mentales de l'individu ait une influence effective et directe sur les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi.

Cette définition a ses limites. Le handicap est préoccupant face à l'exercice d'une activité professionnelle. Il ne doit pas s'avérer un obstacle insurmontable vis-à-vis de l'objectif à atteindre qui est de procurer un emploi. On exclut du nombre des handicapés travailleurs le diminué physique ou psychique implaçable ou inapte total.

2 - *Position sociale du travailleur handicapé : définition au plan social.*

En tant que candidat au travail, l'handicapé, au même titre que les jeunes ou les personnes qui postulent une inscription dans un centre de formation professionnelle des adultes, les demandeurs d'emploi ou les travailleurs étrangers, fait partie - avant d'entrer à l'usine - de la main-d'œuvre, c'est-à-dire des travailleurs qui ne sont pas dans l'entreprise. L'expression main-d'œuvre a de

moins en moins place dans la littérature économique. Il n'en reste pas moins vrai que les problèmes posés par les travailleurs sans emploi demeurent au premier plan des préoccupations. Dans cette optique, les infirmes apparaissent comme un cas particulier d'un problème tout à fait général. Une fois entré à l'usine, ou s'il y était déjà, l'handicapé est protégé, comme tous les autres salariés, par le médecin du travail qui prend en charge, dans le cadre strict de l'établissement, la réintroduction du sujet dans un milieu professionnel en essayant de lui donner un caractère durable et définitif. Il faut penser travailleur handicapé en dehors de l'usine et travailleur handicapé à l'usine. Sans perdre de vue la condition de la personne embauchée, c'est surtout à l'handicapé demandeur d'emploi que nous nous adresserons ici.

3 - *Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé : définition légale.*

Il existe une législation du travailleur handicapé. Pour que le sujet puisse prétendre aux mesures qui s'y rattachent, la situation médicale, professionnelle et sociale que suppose cet état doivent être officiellement reconnues par une délégation compétente. Intervient la Commission d'orientation des infirmes. Il lui incombe l'attribution de cette reconnaissance. Elle étudie le cas de toute personne qui, infirme, demandeur d'emploi, sollicite le bénéfice de la loi.

Cette décision de la Commission départementale d'orientation des infirmes est prise à titre individuel.

CHAPITRE PREMIER

PREMIERE PARTIE

ÉNONCÉ DU PROBLÈME : LA RÉHABILITATION DU TRAVAILLEUR HANDICAPÉ

A. DEFINITION.

Le mot réhabilitation est emprunté aux anglo-saxons. Les textes législatifs parlent, eux, de reclassement. La réadaptation des handicapés est un ensemble de mesures permettant d'obtenir la réinsertion d'un blessé ou d'un malade dans la famille, la société, et de le reclasser professionnellement. Il s'agit d'un processus continu dont on peut schématiquement discerner plusieurs étapes qui se chevauchent d'ailleurs : traitement, rééducation fonctionnelle, psychothérapie, recherche des aptitudes demeurées intactes, orientation première, rééducation professionnelle ou réadaptation à l'activité interrompue depuis un certain temps, choix définitif d'une carrière, rentrée dans le monde du travail, réinstallation dans la vie qui permettra à l'individu de faire face à ses charges non seulement professionnelles mais aussi familiales et sociales.

Phases curative, fonctionnelle et professionnelle de la réadaptation se combinent face au patient brusquement arraché à la vie active par une mutilation accidentelle ou une affection pathologique, ou porteur d'une déficience congénitale, et jusqu'alors maintenu dans un état qu'il a pu subir comme une espèce d'indignité.

B. ARGUMENTS SUSCEPTIBLES DE DEVELOPPER L'IDEE DE LA REHABILITATION.

Au-delà de sentiments personnels, nous voudrions nous interroger sur ce qui peut, rationnellement, justifier le reclassement du travailleur handicapé. Nous retiendrons plusieurs éléments.

I. NECESSITE DE RENDRE A L'HANDICAPE LES POSSIBILITES D'UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET D'UNE VIE SOCIALE VOISINE DE LA NORMALE.

L'infirmité du patient place celui-ci en présence de difficultés physiques et morales qu'il lui faut surmonter. Sur le plan physique, il ne peut faire en sorte de n'avoir pas besoin du secours d'autres personnes. C'est une obligation qui s'impose à des degrés divers suivant la nature du handicap, réelle la plupart du temps. N'ayant pas la plénitude de ses moyens, l'handicapé ne peut résoudre un nombre de problèmes matériels que grâce à l'intervention d'autrui. Il est matériellement dépendant. Moralement, il ressent son infériorité. Ses possibilités professionnelles sont réduites. Il ne peut participer à une grande partie des activités sociales. Il vit, aussi, dans l'incertitude de l'avenir, tel l'adolescent, sachant qu'il ne pourra pas toujours compter sur son entourage. La mise en cause de ses facultés de relation avec le milieu extérieur entraîne l'inconfort moral et conduit à l'instabilité psychique.

Au cours des âges, s'est accréditée et affermie la notion de charité. Elle consistait à vouloir que notre prochain soit égal à nous même et à mettre tout en œuvre pour réaliser cette égalité. La charité véritable examine la situation des malheureux d'une manière lucide. Juste et féconde, elle est à l'origine des institutions d'assistance de l'Etat, des manifestations philanthropiques et œuvres de bienfaisance, des multiples formes de dévouement collectif ou familial. Les secours de la médecine atténuent les souffrances pendant qu'on apporte l'appui

matériel que l'infirme est en droit d'attendre de la société. En fait - sans la dédaigner - il faut admettre que la charité n'allait pas au fond des choses, n'apportait pas de solution réaliste hormis traiter l'urgence de cas particulièrement aigus. On s'attachait à résoudre le problème le plus immédiat et le plus dramatique, celui-ci étant susceptible de réapparaître dès qu'on cesserait toute action. Le dévouement sans limite qui en découlait faisait trop facilement accepter au patient son statut d'invalide. L'handicapé restait sous la subordination de ses bienfaiteurs. Il était tenu à l'écart de la société hors du monde des bien portants, ce qui revenait à penser des gens capables d'activité. Donc, assujettissement à son état, isolement moral caractérisaient cette situation dramatiquement stable.

On doit éviter de ramener l'impression laissée par un diminué physique au spectacle malheureux de son infirmité, de même qu'on ne résout pas un malade quelconque au seul organe qui le fait souffrir. Réduire le problème aux limites étroites du handicap semblerait retrancher à l'individu une partie de sa personne : ne voir que la gêne, et oublier les aptitudes demeurées intactes et répondant éventuellement à des possibilités réelles de réinsertion dans la société active. Les capacités saines ne seront pas laissées dans l'ombre, on les fera s'épanouir afin de rétablir si possible l'harmonie de l'individu déséquilibré. L'expérience montre que la rééducation professionnelle permet à l'handicapé de concurrencer à armes égales le sujet normal sur le marché de l'emploi, même en période de chômage, au point que cette formule est souhaitée par les associations des infirmes. On demandera à l'handicapé de faire ses preuves. On l'abandonnera, en dernière extrémité seulement, à la douce tiédeur d'actions généreuses. Ainsi, l'assistance au travailleur handicapé doit se compléter de démarches actives en vue de donner à celui-ci les armes avec lesquelles il doit recouvrer son indépendance matérielle et son équilibre moral.

II. CONDITIONS DE LA READAPTATION.

Michel DEMANGEAT, abordant les problèmes psychologiques de la réadaptation, affirme que la question se pose chaque fois qu'une existence humaine aura été enlevée à son système d'échanges et de relations, chaque fois qu'elle aura dû opérer une migration hors de son monde familier et qu'une tentative de retour à ce milieu devra être envisagée. Ainsi, une affection suffisamment sévère pour avoir arraché le sujet à son univers quotidien, mais suffisamment endiguée par la thérapeutique et les divers moyens de défense, pour qu'on ait pu éviter et la mort et l'incapacité totale et définitive, fera surgir les problèmes de réadaptation. Il s'agit de répondre aux difficultés d'un retour après les bouleversements importants dans le système familier d'échanges et de relations que la maladie ou l'accident a provoqué. M. DEMANGEAT évoque les héros rentrant de la guerre de Troie - AGAMEMNON est rejeté dans la mort - ULYSSE devra se faire reconnaître comme époux, comme maître et comme roi. Seule, l'épreuve, heureusement surmontée, lui permettra de ressaisir femme, maison et royaume. Le risque et l'épreuve attendent encore celui qui revient. Malgré tout, la fin heureuse de l'Odyssée peut nous laisser l'illusion d'un retour possible à la situation antérieure. Mais le temps de la réalité n'est pas le temps cyclique de la tapisserie de Pénélope. Le milieu change comme change, de son côté, le héros. La réadaptation ce sera aussi d'accepter et d'assumer de tels changements.

III. AVIS DES INTERESSES EUX-MEMES.

Nous avons déjà dit que les associations de diminués physiques sont favorables à ce que l'on oriente le plus fréquemment les handicapés vers une rééducation professionnelle afin de valoriser le sujet et de le surclasser par rapport à ce qu'il était avant son handicap, ce qui rend son placement possible et même facile.

Ainsi, le problème posé par les handicapés eux-mêmes réside-t-il dans le souhait de pouvoir collaborer avec les gens dits normaux sur un plan d'égalité. Ils combattent l'ostracisme de la catégorie de travailleurs qu'ils sont en puissance. Penser que les diminués physiques préfèrent ne pas travailler et gagner moins, en exploitant leur invalidité, que de réaliser un effort de réadaptation, est une idée qui devrait être définitivement abandonnée. En dehors des débiles mentaux qui ne sont pas en état de saisir la nécessité d'agir et, par conséquent, de retrouver en premier lieu une capacité de gain normale, les autres déficients, physiques ou sensoriels, sont parfaitement consentants pour s'acquitter de leurs responsabilités : assurer leur subsistance et développer leurs ressources matérielles et morales. Ce droit au travail n'est-il pas dans le dessein de chaque homme qu'il soit sain ou mutilé ? L'infirme puise de son infériorité physique une force morale pour s'affranchir de toute déchéance. Il pourra avoir l'impression d'être dépossédé de ses moyens notamment lors de l'attribution d'une rente parce que cette action semble lui suggérer de tirer bénéfice de son état et l'inviter à en rester là, à ne plus évoluer. Il se sentira également déchu par sa désignation à un emploi léger, car n'exigeant pas d'aptitude spéciale alors qu'il estime que son incapacité n'est pas totale.

Cette manière de voir les choses dépend d'ailleurs de la nature des séquelles. Dans tous les cas, l'handicapé affirmera sa volonté, et l'on pourra s'étonner quelquefois qu'il le fasse avec une singulière énergie, de dépasser un stade qu'il aura jugé puéril.

Dans la recherche de son droit au travail, l'infirme travailleur se heurte aux préjugés de l'employeur.

IV. LES PREJUGES DE L'EMPLOYEUR.

On soulève parfois le problème de l'aptitude au travail de l'handicapé tout au long de sa vie professionnelle et spécialement lorsque le sujet qui commence à se porter mieux reprend contact avec son métier. La discussion peut porter aussi sur le risque d'accident que son infirmité lui fait courir.

On a pu dire que le travailleur handicapé avait un rendement diminué. L'infirmité désavantage l'individu sur le plan de la productivité. Le rythme de travail est ralenti. Cela est vrai si l'on ne tient pas compte des bénéfices apportés par la réadaptation qui peuvent largement compenser ce que l'accident ou la maladie a fait disparaître.

Parfois, l'écueil résulte d'une longue interruption entre la date de l'accident, ou le début de la maladie, et la reprise du travail. On va demander au sujet de reprendre des automatismes qu'il aura perdus. Le risque est de ne pas lui laisser le temps de les réapprendre. La non-réussite, les rechutes et les passages à la chronicité peuvent venir de l'incompréhension de l'employeur, du contremaître ou des collègues d'atelier. La phase de récupération des réflexes dont il s'agit est certes prévue dans le cadre de la réadaptation. Mais de tels arrangements ne sont pas toujours à la disposition des personnes. Un certain nombre d'handicapés, parce qu'ils sont à la limite, ne passent pas par ces méthodes. C'est pourquoi il faut se garder de porter un jugement hâtif qui vouerait à l'échec toute tentative de reprise d'une activité professionnelle.

Une troisième difficulté susceptible d'opposer les intérêts des travailleurs handicapés et ceux de l'employeur a pour origine les charges importantes supportées par ce dernier en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. La réparation repose sur la notion de risque professionnel que l'on a substituée à la notion de faute (de l'ouvrier ou du patron). On admet que l'accident est une conséquence fatale du travail ou de la relation ouvrier-machine et l'assurance est rendue

entièrement responsable. Le calcul des cotisations, payées par l'employeur, sera donc fonction de ce risque professionnel, c'est-à-dire l'estimation de la fréquence et de la gravité des accidents. Aucune compensation n'est prévue concernant la diminution du rendement de l'entreprise faisant suite au traumatisme. Le patron se méfiera de l'handicapé dont l'infirmité peut être une source d'accident, voire d'aggravation de la lésion ainsi constituée, alors que la loi ne lui tiendra pas compte de ce facteur prédisposant. Un accident antérieur, en laissant, par suite de séquelles, le sujet moins habile, peut être la cause directe d'un accident nouveau. Une blessure mettra beaucoup plus de temps à guérir sur une jambe variqueuse. Une simple piqûre chez un diabétique est susceptible de déterminer des complications. Chez l'employeur, le seul souci du meilleur rendement fera accorder à l'handicapé le préjugé défavorable ... En réalité, l'aptitude à contracter des accidents dépend moins de l'état de santé de l'individu que de son adaptation au travail. La meilleure prévention aux accidents est de réaliser une heureuse harmonie entre l'homme et la machine. Le risque accidentel et l'absentéisme évoluent de la même façon dans une entreprise. On ne voit pas pourquoi un diminué physique, qui aime le travail qu'il fait, serait plus absent qu'un autre. La solution est dans la réadaptation du travailleur déficient qui permettra à l'individu de se sentir l'égal des autres et d'avoir un comportement identique à eux. Le médecin du travail qui voit le patient lors de la visite d'embauchage et surveille son état de santé à l'occasion des visites périodiques, dont le rôle est de connaître tous les postes de travail de l'entreprise, avec leurs exigences, est le mieux placé pour savoir s'il est finalement rentable, pour l'individu lui-même et la collectivité, d'affecter le sujet handicapé à tel ou tel poste. La médecine du travail est la garantie pour l'employeur du meilleur agencement des hommes, qu'ils fussent sains, amputés ou borgnes, et des machines ou des conditions de travail. En outre, le médecin étudie en permanence tous les moyens capables de diminuer le risque professionnel. La question de l'aptitude des travailleurs handicapés se situe dans l'ensemble du problème de la prévention à l'usine.

-:-:-:-

Il s'agit de réintégrer dans le monde du travail l'homme souffrant d'un handicap. En même temps que le meilleur rétablissement physique possible, on doit chercher à lui apporter la guérison morale et psychique en affermissant sa confiance en lui et sa volonté de s'aider lui-même. Son entourage reconnaîtra la valeur des tâches professionnelles qu'il aura accomplies en mobilisant toutes ses énergies. Les conséquences sont à la fois professionnelles, humaines et sociales.

Ces premiers résultats auxquels nous arrivons ne prétendent pas avoir résolu le problème des responsabilités respectives de la société, de la famille et des individus, ni de la répartition des charges. Il en sera débattu plus loin. Après ces généralités, nous évoquons des arguments plus rigoureux qui intéressent les domaines de la physiologie et de la psychologie. Ils précèdent l'évaluation de la situation actuelle des travailleurs handicapés : la connaissance des besoins.

-:-:-:-

C. AUTRES RAISONS DU BIEN-FONDE DE LA REHABILITATION.

I. LES RAISONS PHYSIOLOGIQUES.

Nous allons étudier successivement :

- l'entraînement : généralités,
- les synergies du travail musculaire,
- la description des effets de l'entraînement physique au niveau du muscle, sur les fonctions ventilatoires et circulatoires et sur les métabolismes.

a. Généralités.

Il peut paraître paradoxal de vouloir accélérer la reprise de l'activité physique du patient se relevant de son accident ou sortant de sa maladie. L'entraînement est la conséquence d'un travail bien organisé. C'est par la répétition d'un travail qu'il s'acquiert. L'économie de l'effort doit être réalisée par l'élimination des gestes inutiles. Le geste le plus économique correspond non seulement à la trajectoire la plus courte mais à une combinaison optima de ses composantes que sont sa force, sa vitesse et sa précision. L'entraînement permet d'atteindre ce judicieux dosage et d'en maintenir la constance. Le résultat est l'inverse de la fatigue : le pouvoir fonctionnel des organes augmente. Dans ces conditions, ne risque-t-on pas avoir mauvaise conscience à se faire l'écho de l'idée, mal maîtrisée dans les familles, que le repos est la condition sine qua non de la récupération. Pourquoi ne pas développer chez nos patients les mêmes mécanismes d'adaptation et restaurer leurs fonctions.

L'entraînement et la rééducation correspondent à un véritable apprentissage d'un acte moteur. Tout maintien d'une attitude, tout mouvement, tout geste correspond à trois types d'activité : sensorielle, centrale, motrice. L'activité sensorielle consiste en une prise d'informations que l'activité centrale confronte à celles antérieurement mémorisées avant de prendre une décision et de fixer la séquence des interventions musculaires et la mobilisation des articulations, commandées par les centres moteurs. Le déroulement de l'acte, la force et la vitesse des contractions musculaires est contrôlé par une régulation par feed back à partir de récepteurs kinesthésiques. L'entraînement coordonne beaucoup mieux ces différentes activités. Le muscle entraîné s'hypertrophie. Le rendement s'améliore.

L'amélioration du rendement musculaire diminue d'autant, pour un effort donné, le travail du cœur. Or, l'entraînement crée une amélioration sensible de la fonction circulatoire, de même que la fonction respiratoire. On sait que le rythme cardiaque est abaissé chez le sportif parce que celui-ci est entraîné. L'indice de la mortalité des maladies coronariennes est plus important dans les groupes sédentaires que chez ceux qui mènent une activité professionnelle ou physique.

b. *Synergies du travail musculaire.*

Toutes les grandes fonctions de l'organisme sont modifiées par le travail musculaire. De celui-ci résultent en effet des besoins augmentés en oxygène et en matériaux énergétiques, des déchets et de la chaleur. La circulation, la respiration et les modifications sanguines s'asssocient pour permettre le ravitaillement en oxygène tandis que les besoins accrus en matériaux énergétiques motivent l'alimentation, l'utilisation des réserves, le métabolisme intermédiaire et le contrôle neuro-hormonal de ce métabolisme. A l'accomplissement de la fonction d'excrétion concourent la respiration et le métabolisme intermédiaire (foie). Signalons au passage que la production de chaleur donne lieu à une régulation thermique.

Les besoins en oxygène sont proportionnels à l'importance de l'exercice physique. Le débit circulatoire du muscle qui travaille augmente par vasodilatation des artérioles et augmentation du nombre des capillaires en fonction. La valorisation concomitante du débit cardiaque résulte de l'élévation de la fréquence et de l'augmentation du volume systolique. La ventilation pulmonaire croît par accélération de la fréquence et augmentation du volume courant.

c. *Effets de l'entraînement physique.*

Le diamètre et le nombre des capillaires du muscle qui s'hypertrophie sont plus importants au fur et à mesure de l'entraînement. Et cependant, on assiste à une réduction de l'accroissement du volume sanguin musculaire. L'entraînement et la rééducation permettent une utilisation optimale des capacités ventilatoires et cardiaques altérées. La prise d'oxygène par la ventilation s'améliore sensiblement permettant à l'organisme de bénéficier d'un apport d'oxygène supplémentaire, non négligeable pour nos handicapés. D'autre part, l'entraînement augmente le volume systolique si bien que, pour un même débit cardiaque, la fréquence n'a pas à être aussi élevée chez un individu entraîné que chez un sujet normal. On sait, au point de

vue exploration fonctionnelle que le pouls du sujet non apte grimpera plus vite que celui du sujet apte, c'est-à-dire entraîné, pour un même travail. Le pouls d'oxygène, quantité d'oxygène transportée à chaque systole, s'accroît. L'amélioration du rendement musculaire, grâce à l'entraînement, diminue d'autant le travail du coeur. La différence artério-veineuse en cours d'effort, plus haute après une période de repos au lit, diminue après entraînement. Mais les possibilités d'utilisation périphérique de l'oxygène et le coefficient d'extraction tissulaire de ce gaz augmentent. Ces éléments sont encore favorables pour nos patients car nous pouvons espérer de l'entraînement physique une amélioration de leurs possibilités d'adaptation circulatoire. Les modifications métaboliques tendent à une diminution des besoins énergétiques. Il apparaît une baisse du taux de cholestérol et des lipides sanguins, une chute du taux de l'acide urique.

Donc, sur le plan physiologique, s'avère la nécessité d'une rééducation, mais elle doit être adaptée au niveau d'activité physique tolérée, et contrôlée régulièrement. "Alors (on pourra dire que) l'effort rajeunit nos patients".

II. LES ARGUMENTS PSYCHOLOGIQUES.

Si l'œuvre sociale contemporaine a dépassé le niveau d'attribution d'un simple secours matériel concrétisé par les notions de charité des siècles passés, c'est parce que la réadaptation est justifiée par sa fin. La réhabilitation offre l'espérance d'un sujet redevenu autonome. L'autonomie recouvrée de l'individu est la clef de voûte qui démontre que les démarches de la société à son égard ne sont pas inutiles. En tout cas s'efforce-t-on de procurer au sujet le maximum de liberté de lui-même. L'autonomie est le point de mire que l'on essaie d'atteindre mais elle est aussi le départ de l'épanouissement de la personne humaine si celle-ci veut bien, par la suite, faire les efforts nécessaires. Elle est le trait d'union entre la succession des étapes, au demeurant intriquées, de la réadaptation et l'assemblage des décisions et des actions qui composera la vie de l'in-

dividu libéré. - Plus encore que le résultat ce sont les difficultés rencontrées en cours de réalisation qui authentifient l'intérêt de l'œuvre entreprise :

- d'abord parce que le fossé est si large entre l'handicapé non encore adapté et le travailleur parfaitement intégré à son milieu qu'il paraît conforme à l'esprit de devoir venir en aide au malheureux comme on le ferait d'un naufragé. Il est impensable que le sujet puisse se tirer d'affaire sans l'aide d'autrui. Inversement, s'il le pouvait, la réhabilitation n'aurait pas sa raison d'être. Donc, celle-ci trouve son fondement dans les embûches du chemin;
- deuxième raison c'est, en toile de fond de ces difficultés, la perspective d'un sujet rentré en possession de ses moyens, dont on pourrait dire aussi qu'il est en symbiose avec son milieu.

Parler d'autonomie revient à évoquer tout ce qui nous sépare de l'infirme, de l'éloignement très grand où celui-ci s'est enfoncé et d'où il faudra le ramener. Car la maladie désadapte. L'homme troublé rétrécit son univers. Il interrompt ses activités professionnelles et sociales pour se consacrer à son corps. Comme on l'a écrit, "il s'adapte à la maladie". Nous ne retiendrons que quelques éléments de l'analyse psychologique qui révèle dans l'existence morbide un changement de sens, un changement d'orientation, un changement de nature des relations, modifications s'opérant dans l'axe d'une régression. Ce n'est pas un véritable retour en arrière mais un "recours", contre l'agression, à des images du passé. Le malade projette sur son médecin des images paternelles. C'est la même chose vis-à-vis de l'entourage, qui se prête à son insu à cette mutation. Le sujet supporte ainsi sa situation de malade. Il arrive même à y trouver des satisfactions secondaires.

Le problème sera de s'en retourner sur la voie où l'on s'était engagé. Il faut redonner foi au patient en ses possibilités de réintégration dans la vie normale, lui inspirer le désir de travailler, l'exhorter à ne pas se fixer dans une vie d'inaction peu à peu déprimante et misérable.

-:-:-:-

En ce qui concerne les interactions entre le malade et son entourage, la maladie fait du sujet un "absent", un être inefficace sur lequel on ne peut compter et qu'il faut au contraire plaindre ou secourir. Le milieu octroie généralement son assistance et sa compassion, fait preuve quelquefois d'une sollicitude excessive. L'absence est privation, rejet, réprobation. Une attitude, préjudiciable à la réadaptation, et des plus fréquentes, du milieu familial consiste à annuler le temps de la réadaptation et à refuser a priori, entre santé et maladie, toute situation intermédiaire inconfortable. En dehors de déterminants psychologiques, il existe quelquefois des motifs moins estimables comme la crainte de perdre certaines prestations.

D. CONNAISSANCE DES BESOINS.

I. LE NOMBRE DES HANDICAPES.

Il n'existe pas de statistique précise concernant le nombre des handicapés en général. Au demeurant, il est assez difficile de distinguer ces derniers des sujets qui sont effectivement des travailleurs et des demandeurs d'emploi ... handicapés. La définition du handicapé pose une difficulté supplémentaire.

Le handicap professionnel devrait s'entendre comme étant compris entre une limite minimum dans la réduction de capacité de travail et l'inaptitude totale à une activité professionnelle quelle que soit celle-ci. Au-dessous d'un certain seuil dans l'appréciation du déficit, la personne peu désavantagée sur le plan professionnel, même si elle est bénéficiaire d'une rente, ne pourrait être reconnue comme réellement handicapée. Dans cette recherche du nombre des candidats concernés, la notion de l'âge est une autre frontière. L'état adulte se définit par rapport aux problèmes du travail et de l'insertion sociale qui peuvent se poser dès l'âge de seize ans. C'est à cet ensemble de personnes ayant en commun les mêmes difficultés qu'il conviendrait de s'intéresser.

D'après le rapport BLOCH-LAINE, l'ordre de grandeur du nombre global des handicapés est estimé de un à trois millions d'individus. Le groupe "Travail des handicapés adultes" (rapports des commissions du 6ème plan) reproduit une autre évaluation, détaillée :

- malades mentaux hospitalisés	120 000
- handicapés sensoriels	105 000
- infirmes moteurs	295 000
- autres infirmes	690 000
- malades chroniques relevant du seul travail protégé	10 000
- détenus et autres inadaptés sociaux	133 000
	1 353 000

Il poursuit : "Il n'est ... pas abusif de dire que au minimum environ 1 500 000 adultes à compter de 20 ans justifieraient à un titre ou à un autre durant les années à venir de la qualité de personnes handicapées".

II. AUGMENTATION ACTUELLE DU NOMBRE DES HANDICAPES.

L'estimation du nombre des travailleurs infirmes illustre l'importance actuelle du problème. Son évolution reflète la gravité de la situation pour l'avenir. On distingue, à côté des facteurs pathologiques, des facteurs psychologiques et sociologiques.

a. Facteurs pathologiques.

Les raisons de l'accroissement réel du nombre des infirmes sont bien connues.

- Déficients congénitaux. Quand la natalité augmente, le nombre absolu des enfants malformés grandit lui aussi. En outre les progrès de la médecine ont réduit la mortalité infantile et élèvent indirectement le pourcentage des infirmités congénitales.

- Maladies. Elles peuvent laisser des séquelles qui diminuent les capacités des victimes.
- Accidents. Qu'il s'agisse de l'accident du travail, sur les lieux mêmes du travail, de l'accident de trajet, ou de l'accident de circulation de droit commun, chacun sait que, chaque année, des dizaines de milliers de personnes sont ainsi gravement blessées et porteuses de séquelles souvent invalidantes.

b. Facteurs psychologiques.

- Comportement des individus. Les sujets qui se rendent compte de leurs désavantages dans le milieu professionnel liés à leur état de santé qu'il s'agisse d'un défaut de force, d'une maladie habituelle ou d'une faiblesse intellectuelle, ont de moins en moins tendance à abandonner les possibilités offertes de reclassement professionnel. Ils sont encouragés en cela par les membres de leur famille. Il y a prise de conscience d'un "droit à la réhabilitation". On est témoin de la disparition d'une certaine forme de résignation. On assiste à une sollicitation des individus. D'aucuns mettront en avant leur handicap dans la perspective d'en tirer profit.
- Actions de dépistage mieux conduites. En mettant suffisamment tôt les malades qui s'ignoraient à l'abri de complications graves (cardiaques, diabétiques ...), les progrès de la prévention, de la médecine du travail et de main-d'œuvre , multiplient le nombre de gens porteurs d'un handicap.

c. Facteurs sociologiques.

L'urbanisation semble engendrer des troubles nerveux ou psychiques. D'autres causes sont imputables à l'éducation. Par suite de l'évolution des mœurs, les liens familiaux se relâchent et il y a plus d'enfants négligés. La vie moderne accroît les exigences de la collectivité vis-à-vis des individus et celles des individus vis-à-vis de la collectivité. Beaucoup d'inadaptations sont dues à

ce que ces exigences ne sont pas satisfaites. Il faut désormais pour se qualifier, plus de connaissances qui nécessitent des études plus difficiles. Les distances augmentent entre ce qu'obtiennent les plus doués ou les mieux dotés et ce dont les autres devraient se contenter. La satiété engendre aussi des insatisfactions.

Ainsi, sous des formes diverses, la désadaptation ou l'handicap se développe. On ne peut qu'affirmer de nouveau qu'il faille s'attendre à "ce que cette augmentation donne au problème, dans un proche avenir, une acuité encore plus grande".

E. LA READAPTATION DU TRAVAILLEUR HANDICAPE.

La réadaptation du travailleur handicapé suppose une longue suite d'interventions. L'homme victime d'un accident ou d'une affection morbide bénéficie de recherches attentives des médecins et spécialistes, subit des examens complémentaires tandis qu'on lui administre diverses formes d'agents thérapeutiques. Le diagnostic repose sur la nature et l'importance des symptômes dont le caractère évolutif et la destinée déterminent le pronostic, l'action du thérapeute étant conditionnée par l'ensemble.

Or, dans le même temps, des postures correctrices sont respectées. On veille à maintenir membres et articulations en position de fonction. Très tôt, on entreprend des exercices physiques et on aide le patient à découvrir des tendances de sa personnalité auparavant ignorées de lui. Ces qualités s'avèreront profitables pour surmonter les séquelles de la blessure ou de la maladie.

Donc, dès la période de traitement, on cherche à compenser les insuffisances fonctionnelles qui résultent aussi bien de l'immobilisation du patient que des lésions anatomiques. Les séquelles se différencient des symptômes en ce que leur évolution est indépendante et bien distincte.

Aggravées par l'inaction, elles s'atténuent par l'exercice des fonctions atteintes au point d'être parfois réductibles si elles sont traitées suffisamment tôt. Pendant le séjour hospitalier, la prévention des séquelles fonctionnelles doit être considérée comme une première étape de la Réadaptation qui rétablira l'individu dans un cadre social et professionnel.

Certaines séquelles ne pourront cependant être évitées, que l'on essaiera de réduire par la mise en œuvre de moyens complémentaires. Les techniques employées sont basées sur l'exercice actif des fonctions déficientes. Parmi elles, nous retiendrons la kinésithérapie et l'ergothérapie. Il convient d'obtenir des mouvements corrects en forme et en force, prélude aux gestes professionnels et à l'endurance au travail.

Il n'y a pas de technique valable sans prise de conscience. La psychothérapie préparera le patient à sa réadaptation. Dès la fin de la phase aiguë, on mettra l'esprit dans une disposition favorable face aux possibilités, dans un temps plus ou moins proche, de reprise d'une activité professionnelle. Tout en évitant des mesures excessives, un programme, des objectifs précis, seront définis avec l'aide du malade et après en avoir longuement débattu avec lui. Il y a lieu de se méfier des répercussions caractérielles, d'apporter un appui convenablement dosé aux périodes de découragement, d'adoucir la peur d'un essai de reprise du travail, de combattre les attitudes de repli. Tout cela aussi c'est de la Réadaptation.

-:-:-:-

APPROCHE DU RECLASSEMENT PROFESSIONNEL.

Lorsque les séquelles n'évoluent plus, à l'issue du traitement fonctionnel, on aborde le stade du reclassement professionnel. On ne peut, à ce moment là, se passer d'un bilan, inventaire complet des capacités restantes et des possibilités demeurées intactes eu égard aux exigences du travail. Les causes de désadaptation au travail

peuvent être une incapacité gestuelle, un déficit sensoriel, des troubles subjectifs ou neurologiques, une insuffisance organique. Ce bilan détaillé doit être rapproché de l'inventaire des emplois sur le marché du travail et de l'analyse des postes industriels, domaine du "prospecteur-placier",personnage en liaison avec les entreprises.

Deux éventualités se présentent : ou bien le travail peut être immédiatement repris, ou bien le sujet doit être réorienté vers un autre métier. Cette proposition contient de façon implicite la différence habituellement admise entre réadaptation et rééducation. Nous avons, dans ce qui précède, confondu arbitrairement le mot "réadaptation" à l'appellation anglo-saxonne "réhabilitation" et au terme officiel de "reclassement". La définition commune a été énoncée en tête du chapitre. Il convient ici de redonner à la réadaptation un sens plus limité, c'est-à-dire reprise progressive de l'activité antérieure, pour l'opposer à la rééducation, acquisition d'un nouveau métier. On parle de réadaptation dans l'ancienne profession et de rééducation dans un autre métier. - (Remarquons, à ce propos, que la formation professionnelle s'adresse au sujet qui n'a aucune qualification professionnelle).

Quand la restauration des activités sociales et professionnelles est possible, les séquelles une fois fixées, et par conséquent définitives, ne permettront pas toujours l'exercice des dites activités tout de suite. Une période intermédiaire visant à compenser l'handicap sera constituée par le réentraînement au travail dans le cadre d'une réadaptation professionnelle ou, à la rigueur, dans le cadre de la rééducation professionnelle, lorsqu'il s'agira de s'initier à une spécialité (OS 1, OS 2), rééducation toujours de courte durée.

Tel peut se concevoir un aperçu très général du reclassement professionnel. En résumé, celui-ci aboutit à la reprise de l'ancienne profession et des anciennes activités avec une période de ménagements plus ou moins longue, ou, au contraire, à l'acquisition d'un nouveau métier, si le premier exige des capacités qui ont été réduites ou supprimées par l'handicap en cause.

-:-:-:-

Les remarques faites dans ce chapitre représentent des questions que nous nous sommes posées a priori. Nous avons cherché à raccorder l'un à l'autre les éléments qui permettent de reconstituer le fil conducteur qui nous amène à la notion de réhabilitation. Nous sommes partis de l'idée de charité pour nous apercevoir que le reclassement professionnel répond à une conception plus positive du problème des handicapés. Le développement des capacités restantes correspond à la mise en valeur d'un droit à la réadaptation de l'infirme qui est le droit au travail de l'homme normal. A l'usine, le médecin du travail, en s'occupant du travailleur handicapé, ne s'éloigne absolument pas de son rôle fondamental qui est de trouver à chacun une place correspondant à ses aptitudes, à l'instar de l'expression "the right man in the right place". On pourrait caractériser un poste de travail par le pourcentage de personnes saines de corps et d'esprit cependant incapables d'accomplir convenablement la tâche demandée. Nous sommes tous plus ou moins handicapés par rapport à un emploi donné. C'est pourquoi la sélection professionnelle tend à ordonner le poste auquel elle s'applique. L'handicapé peut avoir un rendement égal à celui d'un autre ouvrier. "L'homme qu'il faut dans la place qu'il faut" fait disparaître la barrière qui, à première vue, existe entre travailleurs handicapés et gens normaux. Le problème est moins un problème d'handicap qu'un problème d'aptitude. Nous avons également évoqué des arguments scientifiques qui se suffisent à eux-mêmes. L'effectif des handicapés et sa croissance rendent plus pressant encore la mise en œuvre des mesures visant à concrétiser pleinement ce dont le diminué physique ou mental est en droit d'attendre de la société : les structures nécessaires à son épanouissement professionnel, familial et social.

Ces structures, nous les aborderons d'une manière théorique. On étudiera certains aspects du dispositif législatif et notamment la Commission départementale d'orientation des infirmes. Dans la deuxième partie, on procèdera à l'analyse des cas observés, en 1970, par la C.D.O.I. de la Gironde. On s'efforcera ensuite de découvrir ce qu'il est advenu des intéressés. Ainsi, aura-t-on une idée sur la manière dont s'effectue, dans notre

département, le reclassement des travailleurs handicapés adultes. Nous reviendrons sur la difficulté de l'entreprise. Ce que nous nous proposons est seulement un essai.

-:-:-:-

LE PROBLEME DES RESPONSABILITES.

Le rapport BLOCH-LAINE fait, à un certain moment, une analyse des responsabilités que soulève la question des handicapés dans la société moderne. Il remarque l'inégalité de l'aide apportée aux victimes : pour les mutilés de guerre ou les accidentés du travail, la réparation, qui résulte d'un droit, est substantielle. Mais quand il n'y a pas de risque spécifique, l'indemnisation n'a qu'une portée limitée. A infirmité égale, la réparation va décroissant de la blessure de guerre aux suites d'une maladie ou à une malformation de naissance, en passant, dans l'ordre, par l'accident du travail et l'accident automobile.

a. Droits individuels.

A la limite, on peut considérer la collectivité totalement responsable des handicapés. Sur le plan génétique, la reproduction de l'espèce humaine fait courir à la société des risques. La responsabilité de tels risques n'est pas appropriable aux individus. La tutelle publique s'est substituée aux parents en matière de scolarité, de vaccinations rendues obligatoires, ou sur le plan judiciaire (juge des enfants). Et l'on peut admettre que ce qui est valable au point de vue du comportement des personnes l'est aussi lorsqu'il s'agit de déficiences physiques ou mentales. Les membres d'une famille où existe un inadapté subissent les conséquences du handicap. Enfin le réquisitoire compréhensible des intéressés peut aussi s'appuyer sur la toujours plus grande séparation qui existe entre les plus et les moins défavorisés et s'exprimer dans la formule "Quand la recherche des satisfactions détermi-

nait moins d'écarts par rapport à la moyenne, les compensations étaient moins impérieuses et plus facilement obtenues sans l'intervention du Prince. Il appartient désormais à celui-ci de les donner". La société doit supporter le principal des frais de la réparation. Or, cela va sans tenir compte des rapports affectifs, dévouement des parents, gentillesse des voisins, finalement irremplaçables pour atténuer les souffrances.

Notre société éprouve des difficultés "à trouver la juste mesure entre la sécurité sociale absolue et (l'aide sociale). Ce régime, symbolique, porte la marque de notre présente hésitation".

b. *Les impératifs matériels.*

Le mauvais exemple que l'on peut observer en dehors de nos frontières conduit à dénoncer une insuffisance éventuelle dans l'action menée chez nous en faveur des handicapés. La réhabilitation des travailleurs handicapés peut avoir des répercussions sur le plan économique et social :

- les handicapés représentent un potentiel important de main-d'œuvre non négligeable en période de pénurie;
- la réhabilitation prévient l'écart des jeunes inadaptés par rapport aux normes de la société, facteur d'insécurité pour celle-ci;
- de même que, grâce à la prise en charge du handicapé, l'unité de la famille est préservée, son niveau de vie n'est pas compromis.

Ainsi, une sorte de limitation des dégâts légitime l'action des pouvoirs publics.

c. *Le point de vue doctrinal.*

La solidarité en faveur des handicapés a pour véritable base l'égalité des droits de l'homme :

- le droit à l'instruction et à la formation justifie des établissements médico-pédagogiques, mais aussi pour les adultes des écoles et partant des centres de réadaptation ou de rééducation qui soient le moins coûteux possible;
- la jurisprudence de la Sécurité sociale évolue dans le sens de l'égalité des droits aux prestations, qu'il s'agisse de malades incurables aussi bien que de malades curables;
- l'égalité devant le revenu professionnel se traduirait par une pension de subsistance versée à l'handicapé inapte total indépendamment des autres ressources;
- le droit au logement implique des lieux d'hébergement spéciaux, notamment d'accès facile;
- l'octroi d'une indemnité à titre de couverture du pretium doloris est un argument moins valable.

D'après le rapport, le principe de l'égalité des droits devrait conduire à rendre plus accessible aux moins favorisés des assurances volontaires, "autres moyens de se garantir contre les inégalités du sort" que celui "de faire jouer la solidarité nationale". L'auteur se demande si le moment ne serait pas venu de limiter la catégorie des gens qui supportent les charges, de même que, par leurs versements,les automobilistes couvrent seuls leurs propres risques. Ce système n'obligerait plus l'Etat qu'à règler les primes des plus démunis. Ainsi, les parents d'inadaptés pourraient souscrire des assurances afin de ménager à leurs enfants des ressources pour l'avenir. Ce système existe déjà, mais on le voudrait amélioré. L'assurance collective est complétée par l'assurance individuelle.

Le problème des devoirs des individus est complexe : responsabilité des parents, dans la plupart des cas de délinquance, pour leur négligence, responsabilité des voisins de parents indignes qui ne signalent pas l'aggravation des faits, responsabilité en matière de procréation quand les déficiences sont héréditaires.

DEUXIEME PARTIE

A. LA LOI DU 23 NOVEMBRE 1957.

Texte fondamental des travailleurs handicapés, la loi du 23 novembre 1957 se fixe comme but l'emploi de tous les travailleurs handicapés ou leur reclassement suivant un processus pouvant comporter, selon les cas, outre la réadaptation fonctionnelle, une réadaptation, une rééducation ou une formation professionnelles.

I. NOTE HISTORIQUE.

En France, avant le 30 avril 1953, la gestion de l'handicapé professionnel incombait directement au ministère dont cet handicapé était ressortissant. On pouvait distinguer trois directions des premières législations. L'orientation la moins récente est représentée par les législations d'assistance. Ce type de législation remonte aux lois des 19 mars et 28 juin 1793 qui mirent sur pied toute une organisation de l'assistance publique reposant sur le droit, reconnu aux citoyens nécessiteux, d'obtenir l'aide de la collectivité : les droits de l'homme pauvre sur la société (LA ROCHEFOUCAULD-LIANCOURT, président du comité de Mendicité de l'Assemblée constituante). Les guerres et les difficultés financières ne permirent pas l'application effective de cette législation. C'est seulement en 1905 qu'est instituée l'"assistance aux vieillards, infirmes et incurables" qui assimilait, en fait,

les infirmes aux vieillards. Cette législation et les autres du même ordre, assistance aux malades mentaux, assistance aux victimes de guerre, assistance aux personnes en longue maladie, assistance aux tuberculeux, etc ..., ont pour but d'appliquer aux personnes qui sont dans le plus de besoin une assurance. En 1953-1955, on a modernisé et simplifié la réglementation de l'assistance, désormais intitulée aide sociale. Dans la deuxième direction, on trouve les lois de réparation qui démarrent avec l'institution du Code civil (21 mars 1804). L'article 1382, qui formule la règle suivante "Tout fait de l'homme qui cause un dommage à autrui oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer", a permis de retenir la responsabilité de tel ou tel employeur, de telle ou telle entreprise. L'article 1384 "On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait mais encore de celui qui est causé par le fait ... des choses que l'on a sous sa garde" a fait concevoir la notion du risque professionnel reprise et perfectionnée par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. La réparation, désormais automatique, n'est plus alors intégrale, mais partielle et forfaitaire. La loi du 25 octobre 1919 assimile certaines maladies professionnelles, en ce qui concerne la réparation des dommages en résultant, aux accidents du travail. Parallèlement, la loi du 31 mars 1919 prévoit les pensions militaires d'invalidité aux victimes de guerre. Les législations de rééducation constituent la troisième orientation. Elles sont caractérisées par la suprématie donnée à la prévention sur la réparation (milieu militaire, 1916 - milieu professionnel, 1945). On surajoute à l'idée statique de réparation en espèces une conception dynamique : on s'efforce désormais de restituer à la victime sa capacité de travail par des soins appropriés, par uneréadaptation fonctionnelle, par une rééducation professionnelle, de manière à faire disparaître, dans toute la mesure du possible, les conséquences sociales de l'accident et de la maladie.

Une ordonnance interministérielle du 30 avril 1953 recommande la mise en commun et l'harmonisation de toutes les législations, la mise en commun des installations, et attribue à la Commission départementale d'o-

rientation des infirmes, instituée par l'article 167 du Code de la famille et de l'aide sociale, le soin de décider des mesures à prendre pour le reclassement du travailleur handicapé. En fait, il faudra attendre vers 1958-1959. Les différentes étapes du reclassement, période des soins médicaux, rééducation, réadaptation ou formation professionnelle, placement, les modalités qui les accompagnent, découlent en effet des dispositions contenues dans la loi du 23 novembre 1957, la "charte de l'handicapé professionnel". Le décret d'application date du 3 août 1959.

II. CONTENU DE LA LOI DU 23 NOVEMBRE 1957.

Un tableau synoptique peut schématiser les principaux points de la loi du 23 novembre 1957 :

Titre 1er :

- Définition du travailleur handicapé.
- Attributions de la C.D.O.I.
  - reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
  - avis sur l'orientation professionnelle du travailleur handicapé.

Titre 2 :

- Réadaptation fonctionnelle et Rééducation professionnelle
  - . soit dans un centre conforme à la législation spéciale dont relève l'handicapé,
  - . soit dans un centre de rééducation,
  - . soit sous forme de contrat chez un employeur.
- Réentraînement au travail et Rééducation professionnelle assurés par les établissements qui groupent plus de 5 000 ouvriers.

Titre 3 :

- Priorité d'emploi réservée aux handicapés (un pourcentage de postes).
- Les bureaux de main-d'œuvre sont chargés du placement des bénéficiaires.
- Classement des travailleurs handicapés en catégories A, B et C.

Titre 4 :

- Travail protégé — emplois à mi-temps, emplois légers
  — centre d'aide par le travail
  — atelier protégé.

B. PRIORITE D'EMPLOI.

L'Agence nationale pour l'emploi est chargée du placement des travailleurs handicapés reconnus au titre de la loi. Les bureaux de main-d'œuvre et les services de reclassement bénéficient d'une arme efficace, les priorités d'emploi . La loi du 23 novembre 1957 se surajoute à l'emploi obligatoire des mutilés de guerre du 26 avril 1924. Nous sommes en présence de deux législations juxtaposées.

I. TEXTES DE REFERENCE.

La loi du 26 avril 1924 et la loi du 23 novembre 1957 constituent les deux textes de base sur le reclassement des handicapés. Le décret du 3 août 1959, déjà cité, et une loi du 27 décembre 1960, tendent à harmoniser l'application de ces deux textes dont ils abrogent d'ailleurs plusieurs articles. Les dispositions qui n'ont pas été supprimées ont été, à l'inverse, développées par des règlements d'administration publique (c'est-à-dire après avis du Conseil d'Etat) eux-mêmes modifiés, et complétées par d'autres décrets. La loi du 26 avril 1924 fait encore l'objet d'un arrêté le 25 août 1955 qui fixe la proportion

de bénéficiaires à employer dans les entreprises assujetties. Un arrêté semblable, fixant le pourcentage à employer dans les établissements, relatif à la loi du 23 novembre 1957, date du 20 septembre 1963. Si les textes législatifs et règlementaires sont d'une extrême complexité, c'est parce qu'ils relèvent de plusieurs ministères : ministère du travail, de l'emploi et de la population, ministère de l'économie et des finances, ministère de l'industrie, ministère de l'agriculture, ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, ministère des anciens combattants et victimes de guerre. Les notions de base sont contenues, éparses, dans le code des pensions militaires, le code de la sécurité sociale, le code rural, le code de la famille et de l'aide sociale.

II. DIFFERENCES ENTRE LES LEGISLATIONS DE 1924 ET DE 1957, A PROPOS DES PRIORITES D'EMPLOI, QUI PERMETTRONT DE SOULIGNER LE ROLE DE LA LOI DU 23 NOVEMBRE 1957.

La loi du 26 avril 1924 a pour objet d'imposer aux entreprises l'occupation d'un certain nombre de mutilés. L'objectif de la loi du 23 novembre 1957 est beaucoup plus vaste et pose un problème de caractère permanent. Il vise non seulement l'emploi des handicapés mais leur reclassement. Les mesures édictées peuvent concerner également les mutilés de guerre.

Comme celle de 1924, la loi de 1957 réserve une priorité d'emploi à concurrence d'un certain pourcentage. Celui-ci, fixé à 3 %, s'ajoute normalement au pourcentage de 10 % prévu par la législation relative aux mutilés. En fait, dans leur application, ces règles ont été assouplies. L'obligation d'emploi est appréciée dans la limite d'un pourcentage global qui ne peut excéder le taux de 10 %. Les bénéficiaires des deux législations peuvent être substitués les uns aux autres mais, à capacité égale, les mutilés de guerre ont priorité sur les handicapés.

Remarque.

Après application du pourcentage, le nombre de bénéficiaires à occuper est fixé en tenant compte de la catégorie dans laquelle l'intéressé aura été classé. Le mutilé dont l'invalidité est supérieure ou égale à 85 % est identifié à l'handicapé catégorie C, compté pour deux unités. Les handicapés catégories B et A sont comptés respectivement pour une unité et une demie unité. Il est intéressant de noter que l'employeur, s'il est lui-même pensionné de guerre ou reconnu handicapé, est inclus dans ce décompte.

En ce qui concerne les entreprises assujetties, à la différence de la loi de 1924 - dans laquelle les services et établissements de l'Etat et des collectivités publiques échappent à la règlementation - la loi de 1957 n'a pas fixé de limitation d'effectif pour son application aux entreprises. Son extension est totale. Elle s'applique aux établissements industriels et commerciaux, à l'agriculture, aux administrations de l'Etat, des départements et des communes.

III. REALISATIONS PRATIQUES.

Chaque année, le chef d'établissement adresse au préfet une déclaration qui parviendra, plus tard, à la Direction départementale du travail et de l'emploi. Dans ce document, en trois exemplaires et conforme à un modèle officiel, l'employeur fait connaître la totalité des emplois existant dans l'entreprise et la répartition du personnel ainsi que la liste des mutilés de guerre et handicapés occupés l'année précédente.

Munis de ces renseignements, les services de main-d'œuvre procèdent à deux types d'opération :

- 1°) compte tenu des qualifications des demandeurs d'emploi handicapés connus, ils feront figurer sur la déclaration de l'employeur, en face des catégories d'emploi susceptibles de convenir, un cachet portant la mention "catégorie réservée". Ces emplois

devront être offerts en priorité aux bénéficiaires des législations de 1924 et de 1957.

- 2°) une deuxième intervention consiste à vérifier si le pourcentage de travailleurs handicapés ou victimes de guerre employés a bien atteint le pourcentage légal. Sinon, il y a lieu de voir si le chef d'entreprise s'est soumis aux obligations d'embauchage telles que nous les décrirons dans le prochain paragraphe. Dans la négative, des poursuites sont engagées. L'employeur s'expose au paiement d'une redevance égale à trois fois le montant du SMIC horaire par journée de travail et par bénéficiaire manquant.

En retour de sa déclaration, le chef d'entreprise reçoit les réservations de poste établies par les services de la Direction départementale du travail et de l'emploi à destination des travailleurs handicapés. S'il n'occupe pas le nombre prescrit de bénéficiaires, en cas de vacance d'emploi, il doit s'adresser à la section départementale de l'Agence nationale pour l'emploi, - établissement public chargé de la prospection des emplois disponibles, de l'information et du placement des travailleurs - et présenter une demande pour pourvoir le poste par un travailleur handicapé. Sans réponse de l'A.N.P.E. dans un délai de huit jours, il reprend sa liberté d'embauchage. Tout bénéficiaire présenté par l'Agence est soumis à une période d'essai.

L'employeur est tenu d'accepter en cours d'année, dans la limite du nombre des bénéficiaires manquants et dans les catégories d'emploi déterminées par le service départemental de la main-d'œuvre, les candidats proposés par ce service. D'autre part, les services d'inspection du travail, dont est responsable le directeur départemental du travail et de l'emploi (en même temps qu'il est responsable de la section départementale de l'A.N.P.E. mais non dans tous les domaines), peuvent effectuer un contrôle sur place. Ils ont droit d'entrée dans tous les établissements et peuvent se faire communiquer un certain nombre de documents dont le registre d'entrées et sorties du personnel et le livre des handicapés.

L'inspecteur du travail est également appelé à intervenir dans les cas où l'employeur refuse de soumettre le candidat proposé par l'A.N.P.E. à une période d'essai. Il statue sur la légitimité des motifs invoqués. C'est également l'inspecteur du travail qui statue sur les autres difficultés survenues pendant la période d'essai ou à l'expiration de celle-ci. Enfin dans le cadre des contrôles normaux, il s'intéresse particulièrement au problème de l'adaptation des handicapés au poste de travail en collaboration avec le médecin-inspecteur du travail.

La Direction départementale du travail et de l'emploi se préoccupe de l'emploi des mutilés de guerre et des handicapés, problème à la fois économique et social.

C. LA COMMISSION DEPARTEMENTALE D'ORIENTATION DES INFIRMES.

La Commission départementale d'orientation des infirmes attribue la qualité de travailleur handicapé et donne son avis sur l'aptitude au travail ou la possibilité d'une rééducation professionnelle. Sa compétence s'étend à tous les travailleurs handicapés.

1. DEFINITION.

La Commission départementale d'orientation des infirmes a été instituée par l'article 167 du code de la famille et de l'aide sociale. Il était alors prévu qu'elle devait statuer, à titre individuel, sur l'attribution d'une aide sociale sous n'importe quelle forme, et, le cas échéant, décider si l'infirme peut entrer dans un centre de rééducation ou un centre d'assistance par le travail. Elle a été reprise par l'article 2 de la loi du 23 novembre 1957. La C.D.O.I. est chargée, d'une manière

générale, d'étudier le réemploi des travailleurs handicapés. Elle est divisée en deux sections : l'une est chargée des adultes auxquels on assimile les moins de 21 ans qui ont déjà eu une activité professionnelle, l'autre des mineurs qui n'ont, en principe, reçu aucune formation.

II. LES BUTS.

La Commission départementale d'orientation des infirmes a pour mission :

1°) d'attribuer la qualité de travailleur handicapé. Cette reconnaissance est indispensable pour obtenir le bénéfice de la loi de 1957. Plusieurs éventualités sont possibles :

- la demande est rejetée parce que l'on admet que l'intéressé est médicalement apte au travail;
- le demandeur est inapte total et implaçable : il n'est pas possible de le considérer comme travailleur handicapé pouvant bénéficier de mesure de reclassement;
- le demandeur relève d'une réadaptation médicale, évidemment préalable à toute décision, ou doit bénéficier d'un rattrapage scolaire avant qu'il ne soit définitivement statué sur son cas;
- le demandeur a des possibilités réelles de travail mais elles sont réduites par un handicap physique ou mental. C'est pour celui-là, seul, que la C.D.O.I. reconnaît la qualité de travailleur handicapé car il l'est effectivement au sens de la loi de 1957.

Il s'agit, soit d'une attibution à titre temporaire nécessaire pour permettre la prise en charge du reclassement, soit d'une confirmation intervenant au moment du placement et tenant compte des résultats obtenus à la suite des mesures de réadaptation concrétisées entre temps.

2°) de formuler un avis sur l'orientation professionnelle du travailleur handicapé et sur les mesures éventuelles de reclassement. Le placement peut être immédiat ou différé. Le placement immédiat peut se faire soit dans un milieu de travail normal, soit dans un milieu de travail protégé. Le placement peut être différé pour :

- une rééducation fonctionnelle,
- une rééducation professionnelle,
- une réadaptation,
- une formation professionnelle (F.P.A.).

3°) La Commission départementale d'orientation des infirmes est également compétente pour :

- classer les travailleurs handicapés en catégorie A, B, C, afin que ceux-ci puissent être comptés pour une demie, une ou deux unités dans le décompte du pourcentage d'emplois obligatoires imposé aux employeurs (article 13, décret);
- fixer éventuellement le taux d'abattement du salaire pouvant être opéré sur un handicapé au rendement notoirement diminué (décret);
- décider de l'attribution éventuelle d'une prime de reclassement au travailleur handicapé ayant effectué un stage de rééducation, de réadaptation ou de formation professionnelle (décret);
- formuler un avis motivé concernant l'attribution d'un prêt d'honneur en vue de l'achat et de l'installation à domicile de l'équipement nécessaire à une activité indépendante lorsqu'on estime que le travailleur handicapé peut être dirigé vers cette activité (article 24, décret).

III. LES RAPPORTS.

La Commission départementale d'orientation des infirmes, constituée sous l'égide du préfet, a d'abord des rapports avec tous ceux qui la composent, hommes ou femmes de différents services, organismes et administrations, mandatés pour leur compétence. Elle rassemble les personnes qui, professionnellement, se préoccupent des handicapés et de leur reclassement. Nous y avons rencontré :

- le directeur départemental du travail et de la main-d'œuvre qui assure la présidence au nom du préfet,
- la secrétaire de la Commission, contrôleur du travail, qui seconde le président,
- le représentant du directeur de l'action sanitaire et sociale,
- une assistante de l'aide sociale,
- l'assistante sociale chef du service de reclassement de la Caisse régionale d'assurance maladie, assistée de ses collaboratrices,
- le médecin-chef de la Caisse régionale d'assurance maladie,
- une assistante sociale du service de main-d'œuvre ,
- un médecin de main-d'œuvre qui représente le médecin-inspecteur du travail et de la main-d'œuvre .

Il convient d'ajouter à cette liste :

- le chef de la section départementale de l'Agence nationale pour l'emploi,
- un psychotechnicien du ministère du travail, un prospecteur-placier, et éventuellement toute personne, du spécialiste médical au directeur d'établissement pour handicapé, susceptible de donner un avis éclairé,
- dans le cas particulier où la Commission est appelée à se prononcer sur les candidatures aux emplois réservés de l'Administration, elle s'adjoint des représentants d'Administrations diverses.

La Commission ne comporte pas de représentant des handicapés eux-mêmes, condition apparemment paradoxale. Le contraire semblerait impliquer pour l'individu qu'il a des intérêts à défendre. Surgirait l'écueil qui consisterait à ramener le rôle des personnes qui participent, à une sorte de juridiction. Les désaccords inhérents à tout véritable débat motiveraient des discriminations de la part de l'intéressé, reléguant ceux-ci ou ceux-là dans un autre camp. En réalité, les membres de la C.D.O.I. disposent, par profession, d'une masse d'informations, de sources diverses, d'une pratique commune ou d'une longue expérience que l'individu ne pourrait rassembler à lui seul. La multiplicité des points de vue, le mosaïcisme de cette Commission sont la garantie d'une vision la plus juste de ce qu'il adviendrait, en fonction de ce que l'on aurait décidé, du devenir à long terme de l'handicapé. Or, il ne s'agit pas de rendre une décision à l'allure de sentence, mais de donner seulement un avis.

La Commission d'orientation des infirmes de la Gironde se réunit environ deux fois par mois. Au sein de la C.D.O.I. est constituée une sous-commission permanente chargée d'instruire les dossiers et de présenter des propositions de décision, de prononcer également l'avis d'orientation du travailleur handicapé en cas d'urgence. Tous les dossiers des handicapés convergent vers la C.D.O.I.

En sens inverse, c'est-à-dire la Commission entendue, l'intéressé sera aiguillé différemment en fonction de la proposition retenue. L'ensemble des pièces concernant les sujets inaptes au travail, relevant de l'Aide sociale, ou ressortissants de la Caisse régionale d'assurance maladie, sera renvoyé aux services respectifs. L'handicapé qui ne peut travailler, par conséquent non reconnu par la C.D.O.I., pourra bénéficier d'une aide financière ou d'une pension d'invalidité. Les personnes pour lesquelles on a émis un avis de placement direct auront la possibilité de voir leur sort se décider dans les bureaux des prospecteurs-placiers de l'Agence nationale pour l'emploi. Enfin, le secrétariat de la C.D.O.I., en collaboration avec le service de reclassement de la Caisse

régionale d'assurance maladie, est en rapport avec les centres de rééducation vers lesquels sont dirigés les travailleurs handicapés qui doivent effectivement changer d'orientation. On pourrait, très grossièrement, représenter les liaisons qui découlent des opérations de reclassement, par un diagramme en forme d'éventail. La C.D.O.I. occuperait le centre. Sur la partie moyenne,on disposerait des cavaliers symbolisant les centres de réadaptation ou de rééducation, puis les services de l'Agence nationale pour l'emploi. On découvrirait les entreprises à la limite extérieure. L'A.N.P.E. et les services de reclassement servent d'intermédiaire entre la C.D.O.I. et le but à atteindre, l'entrée du travailleur handicapé dans le monde normal du travail : c'est-à-dire l'entreprise, mouvante, changeante, avaleuse d'hommes au sens favorable du terme puisqu'elle matérialise l'objectif qu'on s'était proposé, dont on peut dire qu'elle est aussi une plaque tournante : les vacances des postes de catégorie réservée succèdent à un rythme plus ou moins régulier aux candidatures des travailleurs handicapés, les propositions des services de main-d'œuvre font suite aux déclarations de disponibilité de l'employeur. Elle est le siège du flux et du reflux des offres et des demandes d'emploi, qu'il s'agisse aussi bien d'ailleurs des handicapés que des gens bien portants auxquels ils se fondent. Elle est l'objet des contrôles dont nous avons déjà parlé. L'entreprise referme le cycle compliqué du reclassement.

D. MODES DE RECLASSEMENT.

Le reclassement professionnel est cette opération médico-sociale qui assure le réemploi d'un handicapé, devenu inapte à son travail antérieur, dans un poste compatible avec son nouvel état de santé. La décision initiale suppose la connaissance des aptitudes physiques, mais aussi celle des aptitudes psychologiques et technologiques autant que des possibilités pratiques de réadaptation, de rééducation et surtout de réemploi.

Après la période médicale de soins, la période de restauration fonctionnelle, se pose le problème du classement ou du reclassement professionnel de l'handicapé, qui peut revêtir des formes variables selon les cas. Il est question, soit d'une simple réinsertion, soit d'une réadaptation à l'ancien métier ou d'une rééducation à un nouvel emploi. Nous parlerons ensuite des possibilités que représentent les centres d'aide par le travail et les ateliers protégés.

I. READAPTATION A L'ANCIEN METIER.

Nous voudrions d'abord évoquer des éventualités qui échappent presque complètement à l'examen critique de la Commission départementale d'orientation des infirmes (seulement sollicitée dans ce cas pour la reconnaissance du handicap conformément à la législation) parce que le déficient partiel ou peu atteint peut reprendre son travail. Nous ne sommes pas ici dans le domaine de la médecine de main-d'œuvre mais au centre des préoccupations du médecin du travail de l'entreprise. En présence de l'accidenté qui apporte avec lui les séquelles de son traumatisme ou de l'ancien malade de longue durée qui reprend une activité, on pourra prévoir un aménagement des horaires. Cette meilleure répartition du temps passé à l'usine s'avère d'autant plus opportun que le retour fait suite à une longue absence. Pour pallier les difficultés inhérentes à la reprise du travail, on souhaitera une période transitoire, pendant laquelle les horaires seront

étudiés, qui permettra à l'individu de se réhabituer au travail et au rythme de travail. Progressivement l'esprit se libèrera de contraintes immédiates qui, au départ, pouvaient constituer un obstacle insurmontable à la continuation d'une activité professionnelle. Dans cette optique, la généralisation du travail à mi-temps, prévention des rechutes et des passages à la chronicité, revêt la forme d'un vœu légitime.

Si un horaire privilégié ne suffit pas, le poste de travail lui-même sera rendu plus confortable ou en tout cas mieux adapté à la nature de l'handicap. On doit ainsi à des systèmes ingénieux de conserver l'ancien emploi au travailleur devenu handicapé. Cette hypothèse n'est valable que dans les grandes entreprises techniquement développées.

Un changement de poste s'avère nécessaire et, troisième possibilité offerte au médecin, on déterminera celui qui convient le mieux. L'ancien d'une grosse unité de production arrivera ainsi sans trop de préjudice de santé ou financier à l'âge de la retraite. En résumé, il s'agit de réadapter le sujet dans son entreprise, à l'activité professionnelle qu'il avait interrompue depuis un certain temps. Comme nous l'avons souligné, cela dépend avant tout du médecin d'usine qui décide au moment de la visite de reprise :

- si l'ouvrier peut ou non reprendre son ancien emploi,
- si celui-ci est susceptible d'aménagements,
- si l'handicapé peut être placé à un autre poste.

Mais cela dépend aussi des dimensions de l'entreprise. Si celle-ci est trop petite, elle ne pourra rien faire pour l'handicapé. Alors on devra essayer de réembaucher le sujet chez un autre employeur. Nous retombons dans les soucis des services de main-d'œuvre. Il ne sera pas question d'aménagement d'horaire ni de poste. On s'efforcera seulement de décrocher quelque emploi léger. Et cependant, l'article 20 de la loi du 23 novembre 1957 stipule : "des emplois à mi-temps et des emplois dits "légers" sont attribués après avis de la Commission départementale d'orientation des infirmes aux travailleurs handicapés qui ne peuvent être employés en raison de leur état physique

ou mental, soit à un rythme, soit à temps complet. Les bureaux de main-d'œuvre procèderont au recensement de ces emplois". Peut-on espèrer, à l'avenir, la multiplication de tels emplois, conforme à l'esprit du législateur, alors que la concentration industrielle et l'automatisation tendent à éliminer les postes les plus doux, sauf si les employeurs, dans un dessein humanitaire, se mettaient d'accord pour les maintenir.

Par le biais de cette remarque, nous sommes conduits à une réflexion plus générale. On assiste à un phénomène d'intolérance et de rejet du handicapé, quelque soit d'ailleurs la nature du handicap, mais avec une acuité plus grande quand il s'agit d'un malade mental. La maladie mentale est une maladie de relation, aux aspects subjectifs et relationnels qui imposent un effort d'objectivité et des attitudes qui s'apprennent. L'entreprise est dominée par la hantise des éléments improductifs. Les progrès techniques tendent, aux dépens des hommes quelquefois, vers une recherche intensive de la productivité. Un médecin du travail, le docteur GAUJARD, se demande "s'il ne s'agit pas là, dans certains cas du moins, d'un processus plus ou moins pathologique, si ce n'est pas une certaine forme de névrose de groupe, d'une sorte de mécanisme de défense contre l'anxiété, contre la crainte de l'échec, d'une sorte de rite pour chasser les mauvais sorts. On sacrifie alors les plus faibles sur l'autel de la productivité". Et l'auteur d'analyser les facteurs déterminant la réussite du reclassement, en l'occurence le placement direct :

- il attribue un rôle primordial au contexte socio-économique; le reclassement est utopique en période de récession;
- la qualification professionnelle est déterminante ; une bonne qualification peut compenser des troubles mineurs;
- la mise en place de structures d'assistance (centres de formation professionnelle) et la mise en œuvre de conceptions thérapeutiques nouvelles dans le cadre de vie, c'est-à-dire traitements familiaux, à domicile et sur les lieux du travail;

- la stabilité professionnelle est meilleure et le reclassement plus efficace dans les grandes entreprises plutôt que dans les petites du fait de la variété et de la multiplicité des microstructures et des systèmes relationnels;
- la tolérance du milieu de travail liée à l'éducation de celui-ci.

Contrat de réadaptation.

Une solution intermédiaire entre le réemploi direct et, deuxième ressource, la réorientation vers une autre branche, qui dépend surtout de l'âge, existe dans la réadaptation sous forme de contrat. L'embauchage se fait sous contrat entre la sécurité sociale et l'employeur. Il en sera de même pour les contrats d'adaptation et les contrats de rééducation proprement dite. Ces contrats ne sont utilisables que par les sujets ayant déjà eu une activité professionnelle. Le candidat est pris en charge par l'entreprise qui l'initie de nouveau à son métier, comme elle pourra lui en apprendre un autre, souvent le garde comme ouvrier ou lui facilite la recherche d'un emploi. L'ouvrier se refamiliarise avec son ancien métier au sein d'une entreprise.

Telles sont les possibilités de "réadaptation à l'ancien métier" :

- aménagement des horaires ou travail à mi-temps,
- aménagement du poste ou simplement, changement de poste,
- réemploi,
- contrat de réadaptation.

II. REEDUCATION DANS LE NOUVEAU METIER.

Si l'ouvrier ne peut reprendre son ancien emploi, donc qu'aucune réadaptation professionnelle ne soit possible, et qu'il possède virtuellement d'autres capacités professionnelles, le "passage de la puissance à l'acte" se fera par l'intermédiaire de la rééducation. Dans la

mesure où il se qualifie professionnellement, l'handicapé peut être présenté à l'employeur comme un travailleur à part entière. L'expression la plus simple de la rééducation est le contrat d'adaptation qui permet au sujet de s'initier, dans une entreprise, à un poste de travail offrant peu de difficulté. A un stade de plus, l'handicapé apprend véritablement un nouveau métier, contrat de rééducation au sens propre du terme. - Pour les jeunes candidats ayant la volonté de réussir, la véritable solution est la rééducation en école spécialisée.

Dans sa thèse "Les établissements de réhabilitation des handicapés en Gironde" (année 1972, thèse N° 41), Hélène BONNIN étudie, à côté de centres destinés aux enfants handicapés (I.M.P., I.M.Pro., Centres de rééducation des jeunes enfants), les établissements du département où l'on réadapte les adolescents et adultes. Elle souligne que la rééducation professionnelle dans les centres est une infime partie de cette branche. La rééducation professionnelle s'adresse en effet à un petit nombre de candidats jeunes et assez sélectionnés, étant, malgré leur handicap, capables d'un travail normal. Cette rééducation est réservée à des candidats qui sans elle ne trouveraient pas de travail. Ce n'est en aucun cas un système de promotion sociale. Hélène BONNIN nous parle d'abord de deux centres dont les formules sont bien différentes :

- *le centre de rééducation professionnelle "LA PIGNADA"* qui serait, malgré son nom, plutôt un centre de réentraînement à l'effort c'est-à-dire ayant pour but, non l'apprentissage d'un nouveau métier, mais de rétablir progressivement l'aptitude du sujet à une activité professionnelle. Dans ce centre, uniquement réservé aux femmes, on compte 36 lits de rééducation et 77 lits de cure indépendants de la rééducation. L'handicap s'étend des débiles légers aux troubles respiratoires en passant par les déficits moteurs après réadaptation fonctionnelle. Aucun niveau scolaire n'est exigé. On enseigne, dans une première section : dactylographie, comptabilité facile, tirage, ronéos, classement, facturation; dans une

section manuelle les métiers de piqueuse et surjeteuse en bonneterie. On projette d'ouvrir une section d'électronique. Il existe une section de rattrapage scolaire. La rééducation professionnelle aboutit, le plus souvent, à un C.F.P.A. et à l'embauchage.

- *l'Ecole de rééducation professionnelle* (30, rue du Hamel - BORDEAUX), gérée par le ministère des anciens combattants et par le ministère de l'éducation nationale, compte un effectif de 250 stagiaires, masculins et féminins, pour la rééducation. Ici, le but poursuivi est une véritable réinsertion professionnelle. Il s'agit surtout d'handicaps moteurs, mais éventuellement respiratoires et cardiaques. Le niveau du B.E.P.C. est souhaité. Il existe une section d'enseignement général et une section d'enseignement technique. L'enseignement est approfondi et complet : comptabilité-mécanographie, dessinateur en bâtiment, en construction mécanique, électrique, électronique ou électrotechnique, tôlerie automobile, soudure, reliure, coiffure homme. Il y a peu d'échec (C.A.P. ou brevet d'enseignement professionnel). Les indemnités auxquelles peuvent prétendre les stagiaires pendant leur séjour sont différentes suivant l'organisme de prise en charge.

- L'auteur nous invite, ensuite, à visiter le centre de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle *"LA TOUR DE GASSIES"* à Bruges, en fait centre de réentraînement à l'effort et au travail. 64 lits, sur plus de 200, sont réservés à la rééducation professionnelle "quand les séquelles sont incompatibles avec la reprise de l'activité antérieure ou quand, comme c'est souvent le cas, il y a un manque total de formation professionnelle". Les personnes intéressées par cette rééducation sont essentiellement des handicapés moteurs traumatiques. Le Q. I. doit être normal. Les métiers sont : mécanique générale, soudure à l'arc électrique, menuiserie, dessin bâtiment, électricité d'équipement industriel. On dispense un enseignement général avec trois degrés suivant les métiers. Le C.F.P.A., obtenu en un an, vaut largement le C.A.P.

- Sur les deux centres de formation professionnelle des adultes (BEGLES et CAUDERAN), seul celui de BEGLES peut recevoir, à l'occasion, des handicapés. Les centres de F.P.A. ne doivent pas être considérés, malgré qu'il en soit parlé ici, comme des centres de rééducation professionnelle pour handicapés. Les méthodes employées, au rythme de travail rapide, servent aux besoins urgents de main-d'œuvre et ne conviennent qu'exceptionnellement à des sujets porteurs d'un handicap. Nous retiendrons seulement que lorsque la Commission d'orientation des infirmes propose une orientation vers un centre de F.P.A., deux cas sont à considérer :

  . ou bien l'intéressé n'est pas reconnu travailleur handicapé, l'avis d'orientation de la C.D.O.I. est alors une opinion gratuite;

  . ou bien nous avons affaire à un sujet reconnu par rapport à la loi de 1957 et le centre de F.P.A., où l'handicapé a priorité d'entrée, est proposé concurremment avec n'importe quel centre de rééducation professionnelle.

La rééducation en général, et spécialement le fait de se rééduquer dans un centre, en internat ou semi-internat, est réservée à une élite des handicapés qui réunit un certain nombre de qualités :

- il s'agit de sujets habituellement jeunes, déchargés d'obligations, familiales ou autres, extérieures à leur propre problème; la question du reclassement se pose seule, exempte de toute préoccupation distincte;
- l'aptitude du candidat implique un niveau scolaire et un niveau de connaissance suffisants;
- l'effort qu'on va lui demander suppose une certaine agilité intellectuelle, qu'on peut d'ailleurs ne plus rencontrer après un certain âge.

Les facteurs âge et acquisitions intellectuelles antérieures, traduisent les difficultés majeures auxquelles on se heurte en matière de rééducation. Une autre objection,

qui peut décourager le sujet et l'inciter à abandonner son projet, est représentée par les délais, très longs, d'admission dans ces écoles. De janvier à décembre, on ne compte que deux rentrées des classes alors que les candidatures sont échelonnées tout au long de l'année. Il reste à savoir si les problèmes matériels qui résulteraient de la multiplication et de l'étalement des stages pourraient être facilement résolus.

III. LE TRAVAIL PROTEGE.

Quelqu'un a dit à peu près ceci : "le travail protégé, c'est ce qui reste quand on a tout essayé". Le travail protégé se place en marge des processus de réadaptation ou de rééducation, ce qui n'exclut pas son importance. Nous avons, semble-t-il trop tôt, évoqué l'article 20 qui est sous le titre IV de la loi intitulé "Du travail protégé". En fait, il faut distinguer entre le travailleur de l'entreprise devenu handicapé, pour lequel le médecin du travail cherchera quelque aménagement afin de garder le sujet à l'usine, et le demandeur d'emploi qui ne bénéficiera pas d'un contexte psychologique aussi favorable, non de l'avis du médecin, mais de la part de l'employeur. Le patron sera naturellement porté à assurer le reclassement de ses propres ouvriers, qui ont bien mérité dans leur passé de l'entreprise; il sera beaucoup moins enclin à le faire vis-à-vis d'un sujet qui n'a jamais participé à la production de l'établissement et dont l'entrée à l'usine avec un statut à part, en même temps que coûteuse, risquerait déranger l'organisation du travail. Nous voulions, quitte à avoir l'air d'effectuer un retour en arrière, souligner ce point de vue différent selon que nous soyons déjà dans l'entreprise ou encore dans le bureau de main-d'œuvre à la recherche d'un emploi.

A côté du travail à mi-temps et des possibilités d'allègement du poste, solutions difficilement retenues, on distingue, quand le placement dans un milieu normal de travail est impossible, les centres d'aide par le tra-

vail, dépendant de l'Aide sociale, les ateliers protégés autonomes et ceux appartenant aux grandes entreprises, les centres de distribution de travail à domicile, et le versement de prêt d'honneur en vue de l'achat et de l'installation à domicile de l'équipement nécessaire à une activité indépendante.

a. Les ateliers protégés.

Les ateliers protégés prévus par les textes, mais non imposés (le décret du 26 juillet 1962, portant RAP pour l'application de la loi du 23 novembre 1957, renvoie en ce qui concerne les questions d'agrément à un arrêté non encore paru - l'administration, pour sa part, préfère laisser se développer un certain nombre d'initiatives) devraient s'entendre comme étant des centres adaptés qui substituent provisoirement des normes moins sévères aux conditions normales de travail que l'intéressé est supposé ne pas pouvoir affronter correctement pour plusieurs raisons :

- le grand infirme moteur ou le sujet porteur d'un déficit sensoriel grave ou atteint d'une déficience intellectuelle profonde, aura un rendement nettement diminué;
- l'handicapé ayant un rendement satisfaisant ne sera pas quitte de difficultés pour s'ouvrir un débouché dans le secteur normal d'activité. Ces obstacles tiendront soit à la nature du handicap, tel une paraplégie ou une amputation des membres inférieurs, qui ne permettra pas au sujet de franchir des barrières architecturales trop importantes, soit, beaucoup moins souvent, à l'entreprise qui jugera à l'avance l'individu inapte. Par exemple, bien que cela ne soit pas admis théoriquement (en matière de réparation, le maximum prévu au barème est 75 %), le sourd total est pratiquement inapte sur le plan du marché du travail;
- l'employeur ne peut s'engager à fournir les moyens d'assurer une surveillance médicale constante à l'handicapé qui a un rendement normal mais dont l'infirmité est évolutive.

L'atelier protégé se propose d'atteindre trois buts :

1° - permettre à l'handicapé de pourvoir à sa subsistance,
2° - l'intégrer socialement,
3° - préparer le travailleur à un milieu normal.

L'atelier protégé doit être considéré comme une première étape de la réadaptation. Nous lui reconnaissons, en ce sens là, un caractère provisoire. Or, il est bien évident qu'on ne peut proposer du travail qu'à ceux qui le veulent. "Le salaire en milieu de travail protégé devrait toujours être légèrement inférieur au salaire en milieu de travail normal pour inciter les intéressés à une fuite en avant vers les entreprises ordinaires". En pratique, il n'y a pas de différence, à rendement égal, entre le salaire d'un handicapé occupé en milieu industriel et celui qui travaille dans un atelier protégé. Le salaire dépend aussi de la qualification professionnelle. Enfin le sujet bénéficie de la sécurité sociale.

Les conditions de travail sont adaptées c'est-à-dire qu'on réalise au mieux l'accord de l'handicapé avec le milieu dans lequel il doit vivre : les escaliers sont supprimés, la circulation est étudiée, le rythme de travail, les cadences sont harmonisés. Le travail relativement simple, est rendu le plus intéressant possible et le plus rentable possible. L'hébergement est très souvent réalisé, système auquel on peut reprocher de favoriser une ségrégation des handicapés.

Il appartient aux promoteurs de chercher du travail, soit de commercialiser une production propre, soit de travailler en sous-traitance pour les industries avoisinantes. En fait, il serait souhaitable que toute grande entreprise ait un atelier protégé ou tout au moins une chaîne privilégiée. Le manque d'ateliers protégés en France est dramatique (Concours médical, 22 octobre 1966). La capacité totale des établissements d'atelier protégé et de centre d'aide par le travail représente 2 000 personnes seulement (d'après une réponse ministérielle du 26 avril 1969 à une question parlementaire).

L'atelier protégé donne à l'handicapé l'impulsion qui doit lui permettre d'aboutir à son intégration dans un secteur normal d'activité. Le réentraînement à l'effort y conjugue ses effets favorables au sentiment de mieux-être, de revalorisation de la personne humaine, de reprise de confiance en soi.

Les labels destinés à garantir l'origine des produits fabriqués par des travailleurs handicapés, institués par l'article 25 de la loi et en application d'un arrêté (19 avril 1962), consistent en un motif graphique agréé et déposé par le ministre du travail. Celui-ci comporte obligatoirement une roue à seize dents de couleur bleue dans laquelle sont inscrites en noir les mentions "loi du 23.XI.1957" et "Produit fabriqué par des travailleurs handicapés". Il peut être complété par une mention en noir indiquant la catégorie particulière des travailleurs handicapés ayant fabriqué le produit en cause. L'usage de ces labels doit être autorisé.

En principe, les ateliers protégés assurent des conditions de travail favorables d'une manière durable. Chaque fois que cela est possible, il ne devrait être question que d'un passage à l'atelier protégé, une période transitoire. Les ateliers protégés doivent être distingués des ateliers spéciaux. Ceux-ci correspondent, pour les grandes entreprises qui groupent plus de 5 000 salariés, à la mise en place d'ateliers où les handicapés de l'établissement, en échange de leur salaire, fournissent une production non rentabilisée mais qui doit obéir à deux critères :
1° - qualité de production, et,
2° - tenir les délais de commande.

Les ateliers spéciaux se spécialisent généralement dans la production de petits appareils dont on a besoin. C'est dans des ateliers de ce type, à la British Aircraft Corporation en Grande-Bretagne, que sont fabriqués les éléments transistoriés du "Concorde". Il s'agit d'un stage qui a valeur de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle devant obligatoirement déboucher à un poste de travail normal. Les ateliers spéciaux sont l'image que l'on voudrait donner aux ateliers protégés.

b. Les centres d'aide par le travail.

Les centres d'aide par le travail, comme les ateliers protégés, assurent des conditions de travail protégé à des handicapés. Ces établissements se différencient par le degré d'incapacité des travailleurs qu'ils occupent, les centres d'aide par le travail étant destinés à recevoir les infirmes dont le rendement est le plus limité (circulaire du 18 décembre 1964). Toujours, ce type d'institution est consacré à des handicapés de toute sorte : il est polyvalent.

Le but des centres d'aide par le travail est de donner du travail. L'infirme peut y rester sans limitation de durée à moins qu'il ne puisse atteindre un rythme et un rendement normaux grâce auxquels il peut trouver un emploi à l'extérieur. Ce mode d'activité destiné, éventuellement, à la réadaptation des handicapés physiques et des malades mentaux au moyen de l'apprentissage de travaux répond à l'ergothérapie. Les activités le plus souvent utilisées sont le tissage, la vannerie, la poterie, le modelage de la terre, la céramique, le travail du bois, du cuir, le jardinage, les jeux éducatifs, la machine à écrire.

Le centre d'aide par le travail est pris en charge par l'Aide sociale alors que l'atelier protégé est subventionné par l'Etat, les départements, les communes, les organismes de sécurité sociale.

En Gironde, il existe trois centres d'aide par le travail :

- Ateliers "Saint-Joseph", cours St-Louis à Bordeaux (débiles, femmes);
- C.A.T. "Joie de Vivre" domaine de la Blancherie à Artigues (débiles, hommes);
- Foyer protégé de Pessac (malades mentales);
- plus une section C.A.T. à l'Alouette à Pessac (débiles profonds, mixte).

pour un atelier protégé :

- Atelier protégé "Le Phare", 2, place de Cèdres à Bordeaux (aveugles et sourds).

Le problème commun à ces centres, qui hypothèque gravement l'avenir, est de trouver de l'ouvrage aux handicapés : le problème des débouchés, sur le marché, des produits de leur travail.

c. *Les prêts d'honneur.*

Il s'agit en fait de prêt ordinaire consenti au travailleur handicapé en vue d'obtenir l'équipement nécessaire à une activité indépendante. Ces prêts comportent :

- une durée maxima de vingt ans,
- un taux d'intérêt de 2 %,
- un nantissement sur le matériel acquis,
- des sanctions en cas de non paiement;

(alors qu'un prêt d'honneur authentique est gratuit, et la personne s'engage à le rembourser quand elle en aura les moyens).

Ces prêts peuvent être accordés aux étrangers résidant en France depuis plus de trois ans.

CHAPITRE DEUX

PREMIERE PARTIE

LA COMMISSION DEPARTEMENTALE D'ORIENTATION DES INFIRMES DE LA GIRONDE

A. LES DOSSIERS EXAMINES PAR LA C.D.O.I. (section adulte) EN 1970

Origine des dossiers	*Nombre*	*Pourcentage*
Caisse régionale d'assurance maladie	339	54,2
Direction de l'action sanitaire et sociale	276	44,2
Caisse de mutualité sociale agricole	6	1
Anciens combattants et victimes de guerre	3	0,5
Service social des Pêches maritimes	1	0,2

La Commission d'orientation des infirmes de la Gironde, du 1er janvier au 31 décembre 1970, a été saisie de 625 demandes de reclassement professionnel au nom de personnes handicapées adultes se prévalant de la loi du 23 novembre 1957. Il serait intéressant de pouvoir compa-

rer ce nombre à une appréciation numérique de l'activité qui est menée par les Commissions des autres départements. Des études statistiques renfermant les réalisations concrètes découlant de décisions prises sur une période de référence de un an, ont été faites en Dordogne (Jean Jacques MICHENET, année 1969, thèse n° 231). En deux fois plus de temps, en 1967 et 1968, les services compétents n'ont vu se succéder que 75 dossiers, soit une proportion entre les deux départements de un à seize. Ce quotient ne reflète pas le rapport du nombre d'habitants en Dordogne et en Gironde, respectivement 379 000 et 932 000. Cette différence tient-elle moins à un défaut de diffusion de l'information au travers d'une population active surtout agricole, que parce que l'handicap est supporté avec plus d'indulgence dans un cadre rural qu'en milieu industriel, et l'infirme y trouve donc des chances supplémentaires de se placer par ses propres moyens ? Dans la région Rhône-Alpes, en 1968, on a dénombré, pour les huit départements, 3 796 dossiers de demandeurs d'emploi présentés aux C.D.O.I., plus 340 cas venant de l'Aide sociale qui ne conduisaient pas nécessairement à un véritable reclassement professionnel. La moyenne par département correspond à 517 personnes mises sur les rangs en vue de leur réhabilitation, effectif comparable à celui de la Gironde.

A ces 625 avis émis, il convient d'ajouter 53 attributions d'allocations de compensation afin d'assurer un salaire minimum à de grands infirmes travailleurs, qui ont une incapacité permanente partielle au moins égale à 80 %, et relevant de l'aide sociale. L'octroi de ces prestations illustre une activité marginale de la C.D.O.I. En outre, 91 des dossiers proposés sur 625, soit 14,9 %, sont revus au moins une fois dans l'année avant qu'il ne soit définitivement statué, fraction qui souligne d'emblée les difficultés rencontrées par la Commission d'orientation.

Quant à l'origine des dossiers, comme le montre le tableau, avec près de 98,5 % des cas, la Caisse régionale d'assurance maladie et la Direction de l'action sanitaire et sociale apparaissent comme les deux grands organismes convoyeurs des dossiers présentés à cette Commis-

sion. Dans le département limitrophe, d'inspiration rurale, déjà pris comme élément de comparaison, la Caisse de mutualité sociale agricole, dont l'action est discrète chez nous, partage avec l'Aide sociale le pourcentage de dossiers que celle-ci présente seule en Gironde (21,3 % et 24 % contre 44,2 %).

B. REPARTITION PAR TRANCHE D'AGE DES HANDICAPES EXAMINES PAR LA C.D.O.I.

Comme le fait apparaître le tableau ci-après, l'importance numérique des postulants décroît en proportion de l'âge. Un palier est observé dans les tranches (2) et (3) c'est-à-dire entre 26 et 45 ans.

Nous dénombrons :

Age	*Nombre*	*Pourcentage*	
moins de 25 ans	214	34,2	(1)
de 26 à 35 ans	148	23,7	(2)
de 36 à 45 ans	146	23,4	(3)
de 46 à 55 ans	84	13,4	(4)
plus de 56 ans	33	5,3	(5)
Total	625	100	

La majorité des candidats présentés à la C.D.O.I. a moins de 35 ans. Nous savons que la forme la plus parfaite du reclassement professionnel est la rééducation en centre. La rééducation en centre est destinée à des personnes jeunes. Les individus qui viennent à peine d'entrer dans l'âge mûr ont une plus grande facilité d'adaptation. Leur résistance à la fatigue est relativement meilleure,

garantie d'un rendement amélioré, aussi d'une formation mieux accomplie. L'ancien adolescent fait preuve d'un certain enthousiasme et d'esprit d'entreprise. En résumé, les caractères qui sont l'apanage de la jeunesse font que la réhabilitation est plus propice à l'handicapé qui est moins avancé en âge. Il est à propos qu'un reclassement ayant des chances de réussir, s'adresse à des sujets jeunes.

C. LES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE D'ORIENTATION DES INFIRMES.

(Voir tableau III page 62).

AVIS DE LA COMMISSION

REJET de la demande de Rééduc.	Rattrapage scolaire prévu	Réadaptation médicale préalable	Décision de reclassement									Inplaçables	Divers	SUJETS A REVOIR	Aide par le Travail	Foyer protégé	Réentraînement
			RÉADAPTATION		RÉÉDUCATION		Centres de RÉÉDUCATION			Atelier protégé							
			« Contrat » adaptation	rééducation	(non spécifié)		adaptation	rééducation	FPA	Placement direct							
			X	X			X										
43	11	2	8	17	70	(45)	4	143	8	4	69	187	6	19	18	16	= 625
6,9	1,8	0,3	1,3	2,7	11,2		0,6	22,9	1,3	0,6	11	29,9	1	3	2,9	2,6	= 100%
+	+	−	+	−	±		−	+	+	−	−	−	+	−	+	+	
0,02	0,04	0,02	0,02	0,02	0		0,04	0,02	0,02	0,04	0,04	0,02	0,04	0,04	0,02	0,04	= 0,00

Les décisions de reclassement représentent 51,68 % des dossiers (323 sur 625) soumis à la Commission départementale d'orientation des infirmes de la Gironde en 1970, c'est-à-dire à peine un peu plus de la moitié. Si l'on fait abstraction des rejets de demande de rééducation parce que l'intéressé est reconnu apte à l'exercice de son ancienne profession (6,9 %), des sursis accordés pour rattrapage scolaire ou réadaptation médicale préalable à une rééducation (2,1 %), et des candidats pour lesquels n'a été émis qu'une décision provisoire ("sujets à revoir", 3 %) la proportion qui semble devoir être retenue est de l'ordre de six handicapés sur dix (58,7 %) qui devraient normalement pouvoir déboucher sur un reclassement.

Les possibilités de reclassement sont analysées dans ce tableau telles qu'elles apparaissent à la lecture des procès-verbaux des réunions de la C.D.O.I. On discerne entre :

- les contrats de réadaptation, 2,5 % des cas où une décision de reclassement a été prise, qui sont une solution intermédiaire entre le réemploi direct et la rééducation;
- la rééducation, soit sous forme également de contrat, chez un employeur (26,9 %), soit dans un centre (45,5 %), voire à l'occasion les centres de F.P.A. (2,5 %). Suivant l'importance du stage, on distingue l'adaptation de courte durée et la rééducation proprement dite;
- le placement en atelier protégé, dont la représentation est réduite (1,2 %);
- le placement direct (21,4 %).

Le terme de réentraînement est quelquefois usité dans le compte rendu des séances. Il désigne les mesures générales destinées à préparer de nouveau le sujet à l'effort, à la reprise de son ancien métier ou l'apprentissage d'une courte spécialité. Il ne s'adresse pas exclusivement aux sections spéciales des grandes entreprises, mais, de façon pratique, sous-entend les opérations de réadaptation et les stages d'adaptation.

Près de 30 sujets sur 100 sont reconnus inaptes à toute rééducation et à l'exercice d'un travail rémunérateur, placement direct ou atelier protégé. Cette proportion est grande. Elle exprime d'une manière fatidique, inéluctable, qu'il est inutile, pour cette catégorie d'handicapés, de rien tenter dès le stade préparatoire d'un reclassement professionnel. L'inaptitude dont il s'agit est appréciée "à l'égard d'une activité professionnelle quelconque et non pas eu égard à la situation locale du marché de l'emploi" conformément au vœu émis par le directeur général du travail et de l'emploi dans une lettre circulaire du 25 mai 1965. Ces personnes ne sont pas regardées comme travailleurs handicapés tels que les définit la loi de 1957.

On a mis de manière séparée la statistique concernant l'assistance par le travail, C.A.T. et foyers protégés (5,4 %).

-:-:-:-

On fait appel, ici, à des observations concrètes. Sont envisagées les modalités d'application du reclassement professionnel. Une remarque consiste à dire que les définitions, en cette matière, ne sont pas communément admises lorsqu'il s'agit de les mettre en pratique. L'Inspection générale de la Sécurité sociale, dans un rapport en 1967 (Docteur BOTROT ROUSSEL), évite d'opposer, comme nous l'avons réellement observé et retenu pour dresser le tableau III, rééducation et réadaptation professionnelles.BOTROT ROUSSEL préfère à l'appellation de réadaptation telle que nous l'entendons, c'est-à-dire réadaptation à l'ancien métier, la désignation de réentraînement au travail plus évocatrice. Il confère à réadaptation un sens très général qui est le sens d'origine que ce terme aurait dû légitimement conserver. La correspondance établie entre les trois mots REEDUCATION, READAPTATION, REENTRAINEMENT, est formulée dans la définition suivante : "*La rééducation professionnelle* est une méthode de reclas-

sement et plus précisément de réadaptation au travail comportant l'apprentissage d'un nouveau métier, ce qui la distingue du *réentraînement au travail*, autre méthode de réadaptation consistant, elle, en une remise en valeur progressive des aptitudes exigées dans l'ancien emploi". L'usage du mot rééducation ne varie pas. La coutume dans les services visités opère des substitutions au niveau des deux autres termes et tout se passe comme si les définitions ci-dessus s'appliquaient respectivement à REEDUCATION, RECLASSEMENT, READAPTATION.

En outre, le reclassement professionnel a un sens très général, "qui comprend l'ensemble des mesures pouvant aboutir à la reprise d'une activité rémunératrice par un sujet éprouvant, dans son travail, un handicap grave ou léger, permanent ou transitoire, quelle qu'en soit l'origine" et un sens plus restreint "qui désigne la dernière phase de cet ensemble de mesures, c'est-à-dire le réemploi effectif du sujet à reclasser", objet de nos préoccupations présentes.

-:-:-:-

D. REPARTITION DES AVIS EMIS PAR LA C.D.O.I. DE LA GIRONDE EN FONCTION DE L'ORIGINE DES DOSSIERS.
(Voir tableau IV)

On sait que les deux organismes qui se partagent la quasi totalité des dossiers présentés en commission, sont la Direction de l'action sanitaire et sociale et la Caisse régionale d'assurance maladie. Sauf deux d'entre eux, les sujets estimés implaçables, qui sont nombreux, ressortent de l'Aide sociale. Relèvent également de la compétence de celle-ci les postulants des centres d'aide par le travail. Les rééducations sous contrat ou en centre proviennent prequ'exclusivement du service de reclassement de la Caisse régionale d'assurance maladie (238 sur 250). Cette dernière propose en définitive le

REPARTITION DES AVIS EMIS PAR LA C.D.O.I. DE LA GIRONDE, EN 1970
(section adulte) en fonction de l'origine des dossiers

AVIS DE LA COMMISSION 1970	Rejets	Rattrapage scolaire	Réadaptation médicale préalable	Contrats	Rééducations	Ateliers protégés	Placements directs	Implaçables	Divers	A revoir	Aide par le travail	Foyers protégés	
C.M.S. Agricole Anciens Combattants & Victimes de guerre S.S. des Pêches Mar.		3		1	5				1				10
Direction de l'action sanitaire et sociale	26	3			6	3	5	185	4	10	18	16	276
Caisse régionale d'assurance maladie	17	5	2	94	144	1	64	2	1	9			339
TOTAUX	43	11	2	95	155	4	69	187	6	19	18	16	625
				250									

gros de la classe des handicapés dont le devenir nous intéresse en premier lieu, ceux susceptibles d'une véritable réhabilitation professionnelle et capables d'être plus tard réinsérés à part entière dans la société.

On note 155 avis prononcés par la Commission en faveur de l'entrée des candidats dans un centre. Il y a lieu de signaler qu'un rattrapage scolaire devant précéder cette rééducation est prévu soixante douze fois. Le niveau scolaire, comme le niveau de qualification professionnelle, s'illustre ainsi comme un facteur important de la réhabilitation. A côté du degré de handicap physique ou mental, il intervient dans l'appréciation du problème posé chaque fois que l'ancien malade ou le sujet victime d'un accident fait valoir son intention de reprendre une vie professionnelle.

DEUXIEME PARTIE

DEVENIR DES HANDICAPES POUR LESQUELS UNE DECISION DE RECLASSEMENT A ETE PRISE

Il paraît légitime, comme on l'a constaté, de choisir ce qui se passe au niveau du Service de reclassement de la Caisse régionale d'assurance maladie comme type de description. On s'intéressera donc d'abord aux ressortissants de la Sécurité sociale. Les chiffres, donnés ci-dessous, concernant les réalisations pratiques découlant des avis émis par la Commission départementale d'orientation des infirmes de la Gironde en 1970, sont arrêtés au 1er janvier 1972. Les résultats pris en considération sont observés avec un recul de deux ans à un an.

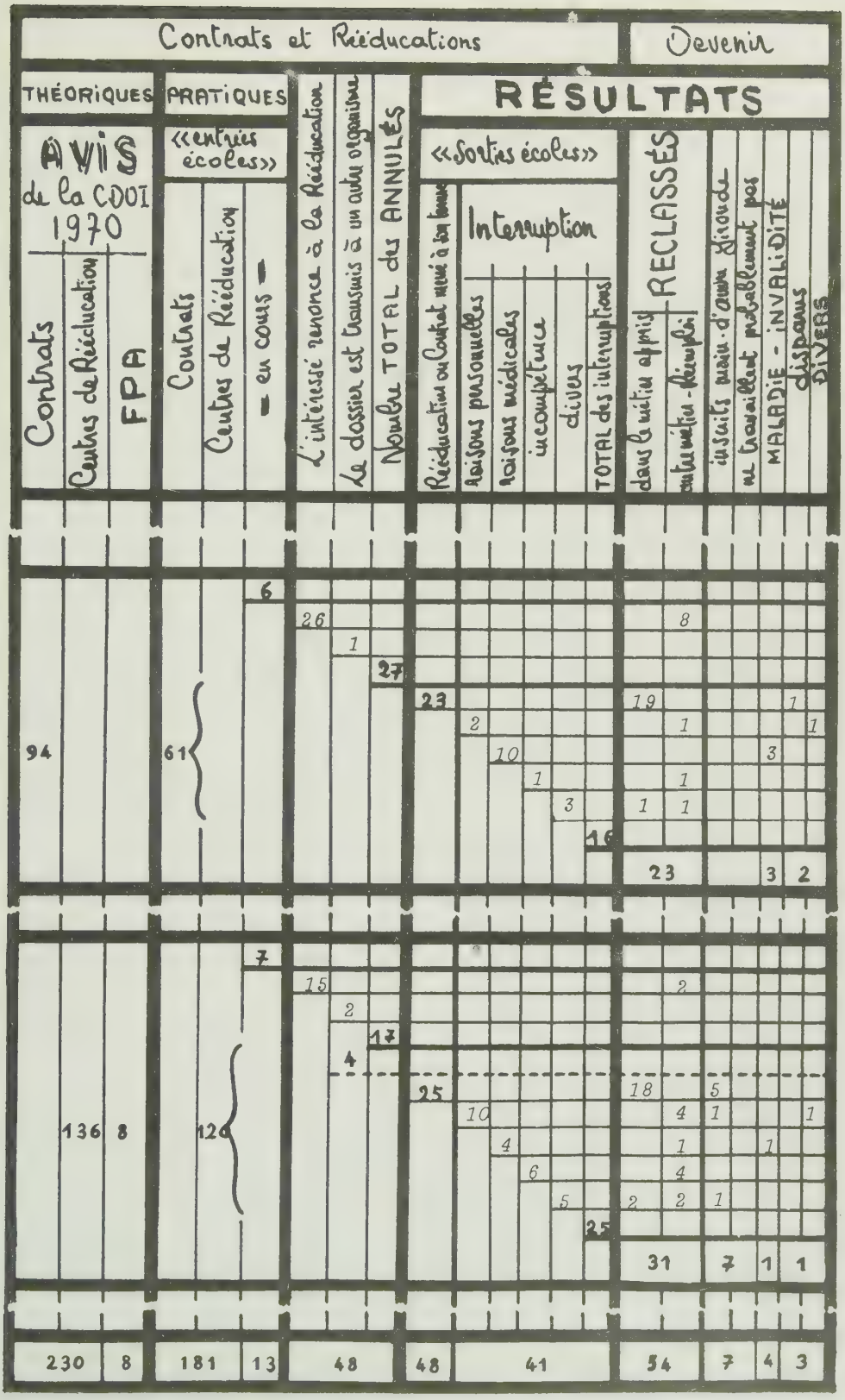
A. *LES DOSSIERS DE LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE.*

Voir tableau V. Ce tableau est une récapitulation des résultats de notre enquête, obtenus en partie seulement.

Commentaire du tableau

En 1970, la Caisse régionale d'assurance maladie a présenté à la C.D.O.I. de la Gironde 238 dossiers. Les avis émis par cette commission se distribuent comme suit :

- 94 avis de contrats de rééducation chez un employeur,


Contrats et Rééducations
Devenir
RÉSULTATS
THÉORIQUES
PRATIQUES
Contrats
Centres de Rééducation
FPA
AVIS de la COOI 1970
«entrées écoles»
Contrats
Centres de Rééducation
= en cours =
«Sorties écoles»
L'intéressé renonce à la Rééducation
Le dossier est transmis à un autre organisme
Nombre TOTAL des ANNULÉS
Rééducation ou Contrat mené à son terme
Interruption
Raisons personnelles
raisons médicales
incompétence
divers
TOTAL des interruptions
RECLASSÉS
dans le métier appris
autre métier - Remploi
inscrits mais n'ayant pas encore travaillé actuellement pour
MALADIE - INVALIDITÉ
disparus
DIVERS
94
61
6
26
1
27
23
2
10
1
3
16
19
8
1
1
1
1
1
3
1
1
23
3
2
136
8
120
7
15
2
17
4
25
10
4
6
5
25
18
2
4
1
4
2
5
1
1
1
1
31
7
1
1
230
8
181
13
48
48
41
54
7
4
3

- 136 avis de rééducations en centre,
- 8 avis de rééducations dans un centre de F.P.A.

1. Les contrats.

Sur 94 dossiers :

- 61 propositions de la C.D.O.I. ont été concrétisées, c'est-à-dire que les dossiers correspondants peuvent être classés "entrées écoles";
- 6 sont en cours de l'être;
- 27 ont été annulés pour des raisons diverses, soit que l'intéressé renonce à sa rééducation alors même qu'aucun essai d'aboutir n'a été tenté, soit qu'il ait perdu ses droits, soit que son dossier transmis à un autre organisme, d'une autre département, échappe à nos recherches.

Nous intéresse le devenir des 61 premiers dossiers portés "entrées écoles". Parmi ces 61 cas, 39 sont déjà mentionnés "sorties écoles" ou bien parce que la Rééducation est normalement achevée pour eux (23) ou bien parce qu'elle a été interrompue (16) pour plusieurs motifs analysés dans le tableau. Sur ces 39, 23 soit 58,97 % sont reclassés.

Remarque : l'interruption du contrat n'est pas forcément un signe d'échec dans l'effort de reclassement de l'individu puisque sur les 16 sujets qui ont interrompu leur contrat, au moins 25 % d'entre eux sont réinsérés dans le milieu professionnel (voir tableau). Pour eux aussi, l'œuvre de reclassement professionnel, même si elle n'a pas suivi un cours absolument conforme aux prévisions, a finalement débouché sur un résultat positif. Le travailleur handicapé demandeur d'emploi a bénéficié de l'information qui lui a été dispensée et des possibilités de contact professionnel qui lui ont été offertes à l'occasion du fonctionnement des services sociaux. Ce déroulement indirect de l'œuvre sociale mérite d'être mis en lumière. L'homme handicapé, ayant demandé de sa propre autorité le bénéfice de la loi, ne se trouve pas enfermé dans un système qui le contraindrait à une atti-

tude d'attente et de passivité. Dès le premier stade de son reclassement, il peut moduler celui-ci de ses initiatives. Sans être lié, il bénéficie d'une masse de renseignements qu'il ne pourrait réunir à lui seul.

Nous venons de voir que plus de la moitié des gens (58,97 %) ayant terminé ou interrompu leur Rééducation - en l'occurence leur contrat - sont reclassés presque aussitôt. Ce tableau rapporte les chiffres dont nous sommes sûr. Un certain nombre de dossiers n'ont pu être lus dans leur totalité. Il convient, par conséquent, de souligner que les résultats indiqués sont des valeurs minimales. Les résultats réels sont AU MOINS ceux-là, devrions-nous avoir la précaution de penser avant d'écrire, ou de lire, chaque conclusion chiffrée dont des impératifs matériels, dans des recherches qui se voulaient attentives, ont fait qu'elle ne pouvait être que partielle.

Nous avons peu d'information se rattachant à ce qui reste de l'autre moitié. Ces renseignements sont fragmentaires. On se bornera à remarquer que sur les 10 handicapés obligés d'interrompre leur contrat pour des raisons médicales, nous savons de façon certaine que 3 sont toujours malades ou bénéficient d'une pension d'invalidité et sont exempts de tout travail. Pour ceux-là, peut-on dire que la décision de reclassement a été au moins précoce. Nous sommes sans nouvelle de 28,20 % des stagiaires qui ont fini leur contrat ou qui l'ont abandonné.

Ce résultat est établi d'après les dossiers pour lesquels apparaît un recul suffisant (39 sur 61). Les autres correspondent aux sujets en instance, toujours en contrat à la date de référence.

Il paraîtrait intéressant de rapprocher de ces données, une statistique publiée par le service de reclassement lui-même, en 1969. Le nombre de dossiers étudiés par les assistantes sociales est, cette année là, de 763. Or, le 31 décembre, 319 restaient en cours d'instruction si bien que la C.D.O.I. a eu à se prononcer effectivement,

en 1969, sur 444 cas relevant de la Caisse régionale d'assurance maladie. 316 n'ont pas été retenus, de sorte qu'il restait 128 dossiers sur lesquels 48 avis de contrat chez un employeur ont été soumis pour 80 propositions d'entrées en école. Ailleurs est analysée, d'une manière globale, la situation des assurés sociaux de la Gironde ayant terminé leur Rééducation (contrats et écoles) en 1969, au total 123. 103 stages s'achèvent normalement pour 20 qui sont interrompus. 83,49 % des individus sont reclassés, pourcentage plus favorable que les 58,97 % provisoires de nos contrats. 10,67 % des gens n'ont pas donné de leur nouvelle.

D'autre part, sur 26 sujets qui ont renoncé à la Rééducation dès le départ, avant toute tentative, nous savons que 8 sont réemployés. Ils répondent à une proportion, 8 sur 94, soit 8,5 % pour laquelle le reclassement s'avère non absolument indispensable.

Tous les travailleurs handicapés, dont la Rééducation a été menée à son terme, et reclassés, le sont dans le métier appris (et non réemployés dans un autre métier) alors qu'un seul de ceux n'ayant pas achevé leur contrat et cependant reclassés, se trouve dans ce cas, ce qui est logique.

2. Les stages de rééducation en centre.

Sur 144 dossiers :

- 116 propositions de la C.D.O.I. sont concrétisées. En fait, 120 dossiers sont mentionnés, mais, en cours de stage, on assiste au transfert de quatre des candidats dans un autre département. Leur dossier est donc classé annulé;
- 7 sont en voie de l'être;
- 17 dossiers sont annulés auxquels il convient d'ajouter les quatre ci-dessus (21).

Nous intéresse le devenir des 116 dossiers portés "entrées écoles", 50 d'entre eux sont, en plus, enregistrés "sorties écoles", dont 25 parce que leur Rééducation s'est normalement achevée. Pour les 25 autres, il y a eu interruption. Sur ces 50, 31 soit 62,00 % sont reclassés, résultat qui corrobore les constatations faites à propos des contrats. Soulignons qu'il s'agit, là encore, des résultats immédiats qui ne préjugent pas de ceux obtenus à plus long terme, certainement en progrès.

Sur les 25 sujets qui ont interrompu leur rééducation, près de la moitié d'entre eux (11) ont été réemployés dans un autre métier et 2 sont signalés travaillant dans la spécialité apprise. Les chiffres ne peuvent bien sûr aborder seuls tous les aspects d'un problème. Un exemple nous amène à justifier une partie de cette observation. Paradoxalement, lorsque le stage a été rompu pour incompétence, l'intéressé se retrouve, 4 fois sur 6, embauché dans la profession qui a fait l'objet de l'apprentissage pour lequel il ne paraissait pas à première vue doué ... On sait que 20 % des personnes dont le stage s'est normalement terminé sont encore inscrites comme demandeurs d'emploi au 1er janvier 1972. On ignore le devenir de 10 candidats sur 50 (20 %) qui ont normalement achevé leur école ou, au contraire, perdu courage en cours de rééducation. Enfin 2 sujets sur 144, soit 1,4 % ont trouvé un métier sans le concours de l'œuvre de reclassement professionnel bien que la procédure ait été entamée.

Tels sont, entre autres, les enseignements que l'on peut tirer de la lecture du tableau. On regrette le même graphique où figureraient des résultats complets.

B. SUITES DONNEES AUX AVIS DE CONTRAT ET DE REEDUCATION.

Il n'est pas jugé comme indispensable d'inclure les lignes suivantes (pages 75 à 78) au moment de l'impression. Un lecteur éventuel pourrait se passer de les lire. Elles sont seulement un complément. Elles reproduisent les démarches, dans l'ordre où on les a menées, pour tenter d'aboutir au devenir des handicapés pour lesquels la Commission départementale d'orientation des infirmes, réunie en 1970, s'était prononcée en faveur d'une réhabilitation en centre ou sous forme de contrat chez un employeur. Plutôt que de laisser ces chiffres dans quelque feuille volante, on a préféré les regrouper ici. Ces pages éclairent celui qui voudrait s'y fixer dans quelles dispositions d'esprit, nous avons fait ces calculs. On a successivement établi le bilan des dossiers de la Sécurité sociale, de l'Aide sociale,puis des deux ensembles, des autres organismes enfin, avant d'obtenir le résultat global. Les nombres suivis d'un ? correspondent aux dossiers pour lesquels on ne peut rien dire, faute d'information suffisante. Ce défaut partiel de renseignement est inévitable. Il s'explique par deux observations :

- la première découle de ce que nous avons pu constater à l'occasion des visites dans les différents services. Loin du simple fait d'ordonner des dossiers et des tâches purement administratives, l'œuvre de reclassement est une méthode de travail active dont les étapes s'échelonnent sur de longs mois. Une fois passés en commission, les candidats se dispersent, il n'y a plus, entre eux, d'unité de temps. Nous sommes intervenus à un moment chronologique différent de l'histoire de chaque handicapé. Par exemple, pour certains, le reclassement s'avérait moins avancé que pour d'autres, la situation non encore stabilisée. Parce qu'il était évidemment trop tôt pour le faire, on n'avait pas matériellement rouvert leur dossier. L'observateur du dehors ne découvrait pas dans celui-ci la marque écrite, le point de repère recherché. De plus, il y a un maniement quotidien des documents. Quelques dossiers en cours ont pu échapper aux investigations.

- un certain nombre d'handicapés, à un moment donné, ont l'impression de pouvoir se tirer d'affaire seuls. Ils se dispensent d'informer de leur devenir les personnes qui, jusque-là, s'étaient occupées d'eux.

Ces considérations impliquent qu'un pourcentage de cas demeurent irrésolus à nos yeux.

Les mentions F.P.A. désignent les candidats bénéficiant d'un avis favorable à une admission dans un centre de formation professionnelle des adultes, et reconnus travailleurs handicapés en vue d'une priorité d'admission en stage. Quant aux résultats, portant sur 250 dossiers, on distingue :

- les annulés (l'handicapé renonce à la rééducation, dossier sans suite, droits non ouverts, ou bien renonce à la rééducation parce que suivi d'un réemploi, ou bien dossier transmis à un autre organisme d'un autre département),
- les dossiers encore en instance,
- les sujets reclassés,
- les sujets inscrits à la main-d'œuvre en 1972,
- les sujets en maladie ou invalidité,
- les cas divers.

I. SECURITE SOCIALE.

1. Contrats et Rééducations (non compris F.P.A.).

94 contrats :

* *

27 annulés

* *

6 en cours

61 entrées écoles :

23 sorties écoles normales

19 reclassés + 1 disparu (divers) = 20

3 ?

16 interruptions (total 39)
4 reclassés + 3 maladie invalidité
+ 1 divers (F.P.A.) = 8
8 ?

22 en instance (61 - 39) **

Résumé : 27 annulés, 28 en cours ou en instance, 23 reclassés, 3 maladie-invalidité, 2 divers, 11 ?

136 rééducations :

15 annulés *
7 en cours **
114 entrées écoles :
20 sorties écoles normales
16 reclassés + 2 inscrits main-d'œuvre = 18
2 ?

24 interruptions (total 44)
13 reclassés + 1 inscrit M. O. + 1 maladie-invalidité + 1 divers (F.P.A.) = 16
8 ?

4 annulés *

66 en instance (114 - 48) **

Résumé : 19 annulés, 73 en cours ou en instance, 29 reclassés, 3 inscrits M.O., 1 maladie-invalidité, 1 divers, 10 ?

Contrats + Rééducations:

46 annulés, 101 en cours ou en instance, 52 reclassés, 3 inscrits M.O., 4 maladie-invalidité, 3 divers, 21 ?

2. Contrats et Rééducations (y compris F.P.A.)

Les 8 F.P.A. se répartissent comme suit :

2 annulés *
6 entrées écoles :
5 sorties écoles normales :
2 reclassés + 3 inscrits main-d'œuvre
1 interruption → inscrit main-d'œuvre

donc, on peut écrire, pour l'ensemble des 238 dossiers (94 contrats, 136 rééducations, 8 F.P.A.) présentés par la Sécurité sociale, qu'on été obtenus les résultats suivants :

(238 dossiers)

48 annulés, 101 en cours ou en instance, 54 reclassés
7 inscrits M. O., 4 maladie-invalidité, 3 divers, 21 ?

II. AIDE SOCIALE.

0 contrat
6 rééducations:
1 annulé*
5 entrées écoles :
4 reclassés + 1 maladie-invalidité.

Les cinq candidats mentionnés "entrées écoles" de l'Aide sociale étaient toujours en école lorsque nous avons mené notre enquête. Nous anticipons l'avenir. On peut tenir néanmoins les résultats ci-dessus comme probables vu l'assistante sociale qui, connaissant bien les personnes dont il s'agit, a eu la possibilité de nous donner des éléments de pronostic. Elle a bien voulu le faire, et cette statistique, au demeurant très partielle, est jugée très proche de la vérité, préférable à des chiffres statiques que l'on connaît déjà, et conforme à l'esprit du travail que nous projetons, débattre de ce que peuvent advenir nos handicapés, dès l'instant que la Commission départementale d'orientation des infirmes a émis une proposition.

III. SECURITE SOCIALE ET AIDE SOCIALE.

(244 dossiers)

49 annulés, 101 en cours ou en instance, 58 reclassés, 7 inscrits M. O., 5 maladie-invalidité, 3 divers, 21 ?

IV. C.M.S. AGRICOLE, ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE, SERVICE SOCIAL DES PECHES MARITIMES.

1 contrat - annulé *
5 rééducations :
  1 annulé *
  4 entrées écoles :
    1 sortie école → ?
    3 en instance **

V. RESULTAT GLOBAL PORTANT SUR 250 DOSSIERS DE CONTRATS ET REEDUCATIONS.

51 annulés, 104 en cours ou en instance, 58 reclassés, 7 inscrits M. O., 5 maladie-invalidité, 3 divers, 22 ?

Sur les trois dossiers "divers", on distingue 1 sujet disparu et 2 candidats qui ont abandonné l'orientation proposée pour entrer en F.P.A. à titre de travailleurs ordinaires.

C. LES PROLONGEMENTS EN MATIERE DE PLACEMENTS DIRECTS ET ATELIERS PROTEGES.

Pour connaître le devenir des dossiers classés "placement direct", nous nous sommes rendus à l'A.N.P.E. afin de trouver trace des intéressés qui n'ont pas manqué de s'inscrire comme demandeurs d'emploi. L'Agence nationale pour l'emploi se trouve en mesure de participer efficacement au reclassement des travailleurs handicapés. Y compris la Gironde, elle est implantée dans un nombre important de départements.

Nous voudrions souligner la manière dont nous avons été bien reçu, autant à la Direction départementale du travail et de la main-d'œuvre, qu'au Service de reclassement de la Caisse régionale d'assurance maladie, ou au Centre psychotechnique régional, de même que dans les locaux de l'Agence nationale pour l'emploi. Là, les recherches représentaient une difficulté supplémentaire étant donné la relative complexité de classement des dossiers.

Il était dans l'ancien ministère du travail et de la sécurité sociale (aujourd'hui la Sécurité sociale ne fait plus partie du ministère du travail, de l'emploi et de la population), une Direction générale du travail et de la main-d'œuvre, dont l'Inspection générale du travail et de la main-d'oeuvre et le Service central de la main-d'œuvre constituaient des organes importants. Dans chaque département fonctionne toujours un service de la main-d'œuvre où les inspecteurs du travail sont assistés par les contrôleurs du travail et de la main-d'œuvre pour tout ce qui concerne le placement, le contrôle de l'emploi et le chômage. L'Agence nationale pour l'emploi est de création récente. Elle est chargée pour le compte de l'Etat de la prospection des emplois disponibles, du fonctionnement de la bourse nationale de l'emploi, de l'accueil et de l'information des travailleurs - sans préjuger s'ils sont, ou non handicapés - des opérations préalables aux formations professionnelles vers lesquelles elle oriente les demandeurs d'emploi en liaison avec les administrations et organismes responsables

des centres de formation. Elle participe également à l'établissement des statistiques relatives au marché de l'emploi. L'Agence comporte des centres régionaux. Au sein des départements, on rencontre des sections spécialisées et des bureaux locaux.

La répartition des dossiers est d'abord établie en fonction de la commune de résidence des demandeurs d'emploi. Pour la Gironde, il existe des agences à Bordeaux, Libourne et Arcachon, qui se partagent les candidats du département. L'agence locale de Bordeaux comprend deux sections spécialisées. L'une 52, rue Turenne, s'occupe des emplois de bureaux, comptabilité, opérateur sur ordinateur, vendeur, prothésiste, etc ... L'agence installée 44, rue de la Faïencerie est spécialisée dans les travaux manuels, maçons, menuiserie, peinture, jardinage, soudeur, etc ... Dans chaque agence, un fichier général regroupe, distribués d'abord suivant la commune d'origine et rangés ensuite par ordre alphabétique, les noms des personnes actuellement inscrites comme demandeurs d'emploi, chacun accompagné du code, et de la désignation en toutes lettres, de l'emploi souhaité ou de la spécialité acquise. On a pu remarquer que les catégories professionnelles sont extrêmement nombreuses et leur code contenu dans des répertoires très denses. D'autres fichiers, dans les bureaux des prospecteurs-placiers, réunissent les dossiers classés, cette fois, par profession. Enfin des archives rassemblent simplement par ordre alphabétique les candidats qui ne sont plus inscrits à la main-d'œuvre parce qu'ils ont trouvé un débouché ou pour des raisons diverses.

En ce qui concerne les 69 handicapés proposés pour un placement direct, qui étaient dans la situation de demandeurs d'emploi, les résultats suivants ont été obtenus :

- 38, soit 55,07 % sont placés,
- 19, soit 27,54 % sont toujours inscrits à l'A.N.P.E.,
- 12, soit 17,39 % ne sont ni placés, ni inscrits à la section départementale de la Gironde de l'A.N.P.E.

TROISIEME PARTIE

COMMISSION DEPARTEMENTALE D'ORIENTATION DES INFIRMES ET NATURE MEDICALE DU HANDICAP

A. NATURE MEDICALE DU HANDICAP DES HANDICAPES EXAMINES PAR LA C.D.O.I.

I. LE ROLE DU MEDECIN DE MAIN-D'OEUVRE.

Le médecin de main-d'œuvre est un des principaux animateurs de la Commission départementale d'orientation des infirmes.

Le dossier médical comprend la fiche médicale, pour laquelle le secret médical doit être rigoureusement respecté, complétée d'une fiche de conclusions médico-professionnelles et d'une fiche d'aptitude. Un certain nombre de fois, la fiche médicale n'est pas remplie par le médecin de main-d'œuvre. Elle est alors établie par le médecin de l'organisme de prise en charge, voire le médecin-traitant en matière d'aide sociale. Mais, dans tous les cas, le médecin de main-d'œuvre, appelé à intervenir au sein de la C.D.O.I., doit en avoir connaissance afin de pouvoir exprimer pertinemment son avis.

Le rôle du médecin de main-d'œuvre consiste à déterminer le handicap de la personne qui a demandé le bénéfice de la loi du 23 novembre 1957. Il est spécialisé dans les questions de médecine du travail, chargé de connaître surtout les contre-indications formelles à l'exer-

cice de telle ou telle profession en précisant même les types d'activités incompatibles avec les capacités restantes du sujet. Il collabore avec le médecin de famille, les médecins spécialistes ou hospitaliers, le médecin du travail.

Nous distinguerons, avec MICHENET, au moins deux niveaux d'intervention du médecin de main-d'œuvre.

a. L'orientation.

Selon que le sujet soit en cours de traitement, de réentraînement ou de rééducation, ou qu'il ait terminé sa période de soins, le médecin de main-d'œuvre sera attentif aux soins qui sont encore nécessaires, à la correspondance entre le cas de l'intéressé et la définition du travailleur handicapé au sens de la loi de 1957, et, si le sujet peut être considéré comme tel, à l'orientation qu'il convient de proposer. Il donnera son avis sur les modalités de la réadaptation quand la reprise de l'ancien métier est possible, sinon il envisagera un métier différent. Le temps jugé nécessaire pour le reclassement, notion qui n'échappe pas au médecin de main-d'œuvre, est unilatéralement accordé par l'organisme de prise en charge. C'est seulement d'une manière théorique que le médecin indique dans quels délais le travail pourra être repris.

b. Le placement.

Il peut s'agir de placement intervenant après les étapes médicales, chirurgicales, physiothérapiques, orthopédiques, psychothérapiques, ou de placement direct.

Dans la majorité des cas, la qualité de travailleur handicapé, dont la reconnaissance temporaire avait permis la prise en charge des diverses étapes de la réadaptation, devra être maintenue afin de permettre un reclassement professionnel satisfaisant. Le médecin peut être amené à préconiser une solution de travail protégé ou relevant d'une législation d'assistance.

Reconnu définitivement ou temporairement le travailleur handicapé doit être classé dans l'une des trois catégories :

- catégorie A : handicap léger et temporaire,
- catégorie B : handicap modéré mais durable,
- catégorie C : handicap grave et définitif.

Grâce à la coopération du médecin de main-d'œuvre la Commission peut prendre les mesures les mieux adaptées à chaque cas.

II. LES HANDICAPES EXAMINES PAR LA C.D.O.I. EN 1970.

Le médecin de main-d'œuvre de l'Agence nationale pour l'emploi a établi 531 fiches médicales pour les seuls candidats présentés à la Commission départementale d'orientation des infirmes de la Gironde en 1970. Les handicaps se répartissent comme suit :

Nature de l'affection	*Nombre*	*Pourcentage*
I. Myo-ostéo-articulaire (manifestation tuberculeuse exceptée)	188	35,4
A. traumatismes, fractures principalement : 68 soit 12,8 %		
. traumatismes divers (épaule, main ...)	41 soit	7,7%
. traumatismes crâniens	24 -	4,5%
. pathologie colonne vertébrale	3 -	0,6%
B. handicap moteur : 67 soit 12,6 %		
. malformations, amputations	41 soit	7,7%
. impotence grave, paralysie	26 -	4,9%

C. rhumatismes : 53 soit 10 %		
. lombalgie ..... 25 soit 4,7%		
. divers ..... 19 - 3,6%		
. hernie discale ..... 9 - 1,7%		
II. Neuro-psychiatrique (paralysie exceptée)	128	24,1
A. mentaux : 115 soit 21,6 %		
. névropathes et psychosomatiques..... 47 soit 8,8%		
. débiles..... 37 - 7 %		
. psychopathes ..... 31 - 5,8%		
B. comitialité : 13 soit 2,4 %		
III. Cardio-vasculaire	44	8,3
1. cardiopathies et coronaropathies ..... 30 soit 5,6%		
2. vasculaires ..... 9 - 1,7%		
3. séquelles d'infarctus 5 - 0,9%		
IV. Déficit sensoriel	32	6
V. Tuberculose	32	6
1. tuberculose pulmonaire .. 26 soit 4,9%		
2. tuberculose osseuse, synovite, ostéo-arthrite, mal de Pott ..... 5 - 0,9%		
3. tuberculose cutanée, sous cutanée, ganglionnaire .. 1 - 0,2%		
VI. Allergies	22	4,1
1. allergies cutanées ..... 14 soit 2,6%		
2. asthme, allergies respiratoires ..... 7 - 1,3%		
3. allergie digestive ..... 1 - 0,2%		
VII. Divers ou autres affections	20	3,8
VIII. Pulmonaire (affections de nature allergique ou tuberculose exceptées)	18	3,4
IX. Endocrines	10	1,9
1. diabète ..... 7 soit 1,3%		
2. divers ..... 3 - 0,6%		

X. Pathologie invoquée par le sujet	9	1,7
XI. Etat général déficient	8	1,5
XII. Rénale	8	1,5
XIII. Digestive (affection non allergique) ..	6	1,1
XIV. Cancer	4	0,7
XV. Dermatologique (de nature allergique ou tuberculeuse exceptée)	1	0,2
XVI. Sujet médicalement apte, ayant fait l'objet d'une décision de rejet	1	0,2
TOTAUX	531	99,9

Non seulement plus de la moitié, mais presque 60 % des handicapés sont des sujets porteurs d'affections myo-ostéo-articulaires et neuro-psychiatriques. Les premiers cités l'emportent en pourcentage avec 35,4 % des cas examinés. Signalons que, sans que l'on cherchât à en faire une étude systématique, on a compté au moins 55 individus qui ont été victimes, soit 10,4 % des handicaps qui proviennent directement d'un accident du travail. On rapprochera le pourcentage de traumatismes, qu'il s'agisse de fracture, brûlure, électrocution, étendu à celui des amputations, hernies discales ou lombalgies, que ces 10,4 % viennent grossir. Mais, tous les accidents de travail ne correspondent pas automatiquement à la rubrique myo-ostéo-articulaire. La perte accidentelle d'un œil aura été classée à handicap visuel (sensoriel).

Les plus nombreux des patients ayant l'étiquette neuro-psychiatrique sont les névropathes et les psychosomatiques. Les exigences de la production moderne sont réputées pour développer des tensions psychosomatiques. Viennent ensuite les débiles mentaux, nombreux parmi les handicapés qui procèdent de l'Aide sociale.

Les cardiovasculaires occupent la troisième place. 5 sujets ont repris une activité après un infarctus.

Les déficits sensoriels, visuels ou auditifs, sont également en nombre non négligeable, à égalité avec la tuberculose.

Il serait vain de penser, à la lecture du tableau, que les handicaps sont aussi clairement individualisés. Chez un certain nombre de malades coexistent des associations morbides. On a retenu le syndrome, ou, à défaut, le terme :

- le plus évocateur : ASTHME pour asthme associé à des manifestations allergiques cutanées, TUMEUR MALIGNE à la place d'ostéosarcome avec syndrome d'impotence fonctionnelle;
- le moins fréquemment rencontré : DIABETE pour diabète et syndrome dépressif, HANDICAP SENSORIEL substitué à perte de vision avec rhumatisme ou handicap moteur;
- le plus grave sur le plan professionnel : CARDIOPATHIE pour cardiopathie et diabète, POLIOMYELITE lorsque celle-ci est associée par exemple à une tuberculose rénale traitée. TRAUMATISME CRANIEN l'emporte sur comitialité parce que le risque introduit par le traumatisé crânien à l'usine est souvent plus important que celui que fait courir un épileptique.

Bien qu'elle ait été faite, la distinction n'est pas toujours très commode entre malformation et impotence. Où placer l'atrophie du quadriceps avec luxation récidivante de la rotule ?

Les affections classées arbitrairement "divers", décrites en septième lieu, au nombre de 20, sont les suivantes. Elles correspondent le plus souvent à des associations :

- 4 cirrhoses,
- insuffisance hépatique associée à une myocardite,
- syndromes pulmonaire, cardiaque et lombalgies associés,
- bronchite chronique, plus syndrome digestif, plus acuité visuelle réduite,
- asthme et polytraumatismes,
- asthme, plus diabète et syndrome néphrotique,
- tuberculose pulmonaire avec syndrome angineux, cyphoscoliose et éclipses cérébrales,
- état pléthorique,
- myopathie,
- plaie suppurative,
- séquelles d'ostéomyélite avec fistule,
- métro-annexite chronique,
- mongolisme,
- poliomyélite plus surdité,
- nanisme achondroplasique avec arthrose cervicale très douloureuse, névralgie faciale, sinusite et rhinite,
- benzolisme,
- pathologie "intriquée".

Ces exemples nous donnent un aperçu des affections dont sont porteurs les travailleurs, reconnus ou non handicapés, examinés par le médecin de main-d'œuvre en vue d'une décision de la Commission d'orientation. Abstraction faite des fréquences, il n'y a pas de pathologie spécifique du travailleur handicapé. Les individus admis comme tels le sont parce qu'ils présentent une maladie ou des séquelles et parce que, malgré cela, ils ont conservé des aptitudes à une activité professionnelle.

B. RESULTATS DU RECLASSEMENT EN FONCTION DE LA NATURE MEDICALE DU HANDICAP.

Il fallait pouvoir comparer les résultats obtenus pour chaque catégorie de handicap. On a fait appel, parmi les 531 patients examinés par le médecin de main-d'œuvre, aux ressortissants du Service de reclassement de la Caisse régionale d'assurance maladie pour lesquels ont été exprimées des propositions de contrat chez un employeur ou de stage dans un centre de rééducation. 78 d'entre eux (un tiers) étaient portés sortants soit parce qu'ils avaient achevé, soit parce qu'ils avaient interrompu leur reclassement. On a cherché à connaître le devenir de ces personnes en tenant compte de leurs séquelles.

Remarque : 46, soit 59 %, sont reclassées, ce qui corrobore parfaitement le résultat global.

Nature de l'affection	*Nombre de sujets sortants*	*Nombre de sujets placés*
Déficit sensoriel	2	2 (100%)
Tuberculose	7	5 (71,4%)
Myo-ostéo-articulaire	31	22 (71%)
Cardio-vasculaire	10	6 (60%)
Allergie	5	3 (60%)
Pathologie invoquée	2	1
Neuro-psychiatrie	17	6 (35,3%)
Pulmonaire	3	1
Rénale	1	0

Les chances qu'a un handicapé d'être reclassé dans un avenir immédiat semblent dépendre de la nature de l'affection en cause. Les individus atteints de séquelles myo-ostéo-articulaires ont, d'après le tableau, deux fois plus de chances de se placer que ceux souffrant d'une déficience neurologique ou psychique. Mais, à l'intérieur de chaque pathologie, la proportion de sujets pla-

cés n'est pas uniforme selon les distinctions que l'on peut établir. Par exemple, 4 traumatisés crâniens seulement sur 9 ont trouvé un débouché dans un avenir relativement proche alors que chez les autres traumatisés 12 sur 14 sont dans ce cas. 83,3 % (5 sur 6) des personnes présentant une cardiopathie ou une coronaropathie sont reclassées, mais 1 sur 3 des gens victimes, dans leurs antécédents, d'un infarctus ont découvert un emploi.

QUATRIEME PARTIE

ETUDE DE DEUX CAS CONCRETS DU SERVICE DE RECLASSEMENT DE LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE

L'histoire de M. est représentative des difficultés auxquelles se heurtent de façon quotidienne les assistantes sociales du Service de reclassement de la Caisse régionale d'assurance maladie. Elle est assez longue et procède de changements subits de situation. Ce jeune homme, de 18 ans, célibataire, souffrait d'un décollement de la rétine qui avait entraîné la perte de vision de l'œil gauche. Son acuité visuelle, à l'œil droit, non corrigée, est de 2/10°. Nous trouvons sa trace dans le procès-verbal du 23 novembre 1970 de la Commission d'orientation qui avait déjà eu, comme nous le verrons, à débattre de son problème.

Situation familiale.

La mère de M. s'est remariée. Elle a trois enfants du premier lit et trois enfants du second mariage. Tout le monde vit dans le même logement. M. ne s'entend pas avec son beau-père qui ne peut supporter son état. Il entretient par contre des relations étroites, très profondes, avec sa mère.

Histoire du handicapé.

1. Echec de la première tentative de reclassement pour raisons médicales.

M. a obtenu le certificat d'études primaires élémentaires et a suivi pendant deux ans un apprentissage de tapissier-garnisseur, formation qu'il n'a pas menée jusqu'au bout.

Par la suite il a travaillé sept mois comme ferrailleur et a été victime d'un licenciement collectif.

Il était entré en contact avec le Service de reclassement de la Caisse régionale d'assurance maladie de la Gironde dès 1969. On enregistre à cette époque, sur le dossier, de multiples interventions de l'assistante sociale, par exemple :

- visite chez tel employeur qui ne peut pas encore s'engager et diffère sa décision,
- visite à domicile pour informer la mère du patient des démarches en cours.

M., malgré son handicap, ne veut pas entrer dans un centre pour "malvoyants". Or, les employeurs opposent précisément cette infirmité à son entrée dans leur établissement, dans des conditions de travail normales. C'est ainsi que M. avait posé sa candidature pour un stage en centre de F.P.A. Cette candidature n'a pas été retenue en raison du handicap physique.

L'examen psychotechnique, prélude à la présentation du dossier devant la Commission, montre des possibilités intellectuelles qui devraient permettre au sujet de tirer profit d'une formation dans un emploi manuel. Une rééducation en centre ne paraît, alors, pas pouvoir être retenue en raison, d'une part, du peu de formation ouverte à ce type d'handicapé physique et, d'autre part, en raison des difficultés de prise en charge sur le détail desquelles nous passons. La meilleure solution semble être un placement dans son métier de tapissier d'ameublement, précédé de quelques mois d'apprentissage sous contrat.

M. accepte cette solution de reclassement. Il avait déjà contacté un employeur disposé à l'embaucher. C'est seulement en vue de faire un essai et de savoir s'il peut obtenir une qualification de tapissier-garnisseur, que la C.D.O.I. lui accorde le bénéfice d'un contrat de six mois dans cette profession. M. est embauché le 15 septembre 1969.

Or, la tâche à exécuter se révèle minutieuse. M. doit, pour y voir, se pencher de très près sur son travail, prétend qu'on lui demande des efforts qu'il ne peut fournir. Dans les semaines qui suivent, les observations de l'employeur se réitèrent. M. a de grosses difficultés. Il est, d'autre part, très lent, manque de dynamisme. Le sujet ne semble pas faire tous les efforts nécessaires, il n'a pas l'air de s'intéresser à son travail. Ce candidat, très handicapé pour la vue, est intelligent. L'employeur accepte de le garder encore un peu pour donner le temps d'envisager une réorientation. M., qui se rend compte qu'il ne se sortira pas d'affaire, consent à rompre le contrat.

II. Quand une suite d'évènements fortuits et malheureux viennent interrompre une rééducation professionnelle et sociale dont on pouvait, malgré tout, espérer.

La qualification dans la profession de tapissier s'avérant impossible, la Commission émet un avis favorable, comme prévu, à un changement d'orientation et propose à notre handicapé un contrat de magasinier en pièces automobiles qui débute le 12 janvier 1970. Aux établissements où il a été accueilli, M. s'applique de son mieux. Le rapport de l'employeur est très favorable. L'intéressé très jeune, très courageux, désire obtenir une qualification professionnelle lui permettant d'avoir un travail, de surmonter son infirmité et de pouvoir vivre comme tous les jeunes de son âge.

Des difficultés familiales perturbent cependant le bon comportement du jeune homme dans son travail. L'assistante sociale doit intervenir notamment auprès de madame M. afin que celle-ci ne soulève pas de difficultés

supplémentaires par des objections intempestives, et de laisser davantage d'indépendance à son fils ... lequel sera finalement accepté dans un foyer de jeunes travailleurs. La vérité est qu'il fait dans ce centre une mauvaise chute, se fracture la clavicule,ce qui entraînera un congé de maladie de plus d'un mois, du 27 février au 31 mars, qui aura pour conséquence une rupture du contrat. Cet accident motivera également, sur entremise de la mère, qui tiendra au directeur des propos violents, le retour du sujet dans le giron de la famille.

Chez le même employeur un nouveau contrat sera conclu, en avril, au bénéfice de l'intéressé en qualité d'expéditionnaire-magasinier-emballeur, M. étant en pratique amené à faire un peu de tout, formule adoptée pour lui assurer le maximum de chances. Mais nous n'en sommes plus aux temps idylliques des premiers jours. M. ne prévient pas son patron lorsqu'il manque. Ses absences sont d'ailleurs immotivées. Il se tient mal, commet des erreurs par étourderie, ne fait pas son travail avec suffisamment de sérieux. Lui-même menace de partir, ne s'estime pas satisfait de sa nouvelle qualification, est insolent à l'égard du patron qui soumet l'idée de terminer le contrat dans un autre établissement qu'il ferait connaître à M.

Au foyer familial une dispute éclate avec le beau-père. M. est blessé au niveau de l'œil. Il doit subir une intervention chirurgicale à Paris et séjournera en maison de repos de décembre 70 au printemps 71. Pendant plus d'un an (15 septembre 69 - 20 décembre 70) le sujet avait été employé sous contrat, comme tapissier, puis magasinier-emballeur.

III. Les interventions de l'assistante sociale en vue d'obtenir du sujet un comportement adulte.

M. est avant tout un caractériel. L'instabilité de sa personnalité fera obstacle autant que son handicap physique lors de la recherche d'un emploi. A telle occasion, il se présentera de façon très négligée chez un employeur. Le résultat ne se fera pas attendre.

La situation restait en suspens depuis quelques semaines, quelques mois, lorsqu'un jour, M. revint et apparut, à ceux qui le connaissaient, d'une manière qui faisait bien augurer de ses intentions. Il semblait transformé et animé d'une certaine bonne volonté. A ce stade d'évolution du comportement de notre handicapé, lui fut proposé un contrat chez un employeur, dans des conditions nettement définies : l'employeur affecte M. au service tissu ameublement, le place sous la responsabilité du chef de rayon, lui demande de faire les mêmes horaires que les autres membres du personnel, lui fixe la périodicité des jours de congé d'une semaine à l'autre. M. exprimera bien quelques objections au sujet de la répartition des heures de travail, quant à la nature de l'emploi ou aux difficultés de se rendre à l'entreprise par exemple, mais celles-ci se veulent discrètes. La décision correspondante de la C.D.O.I. date de novembre 1971.

Plus tard, au terme d'un contrat qui s'est bien passé, M. est gardé par son employeur. Il travaille consciencieusement, avec régularité, occupé à un emploi qui semble lui convenir. Nous avons aujourd'hui un recul suffisant. Tout le monde est satisfait de notre garçon qui s'est, d'autre part, installé dans une chambre, mène une vie autonome. L'œuvre de reclassement est achevée.

A l'accomplissement de cette tâche, dans le cadre de l'application du système législatif qui s'est déroulé du commencement à la fin, la participation de l'assistante sociale n'est pas la moindre. En plus des multiples démarches que suppose la réhabilitation professionnelle, le sens de son intervention a été de faire comprendre à ce sujet intelligent certaines règles dont il croyait pouvoir se dispenser, et de convaincre celui-ci de leur nécessité. Si notre homme veut fermement s'assurer un avenir professionnel croit-il pouvoir provoquer du tapage dans l'établissement qui le reçoit, formuler des récriminations pour des choses sans importance, s'absenter sans raison, ne pas respecter des horaires, avoir le loisir de s'inquiéter peu, de se moquer de son travail ?

-:-:-:-

Notre deuxième exemple s'adresse à un handicapé ayant accompli sa rééducation en école.

Le problème posé.

M. B., 39 ans, marié, père d'une fillette de 6 ans, a présenté un infarctus intestinal récidivant. Il ne peut effectuer désormais qu'un travail qui ne soit pas accompagné d'effort violent.

Histoire du handicapé.

Le patient est en arrêt de travail depuis juin 1969 et ne peut reprendre son ancien emploi de magasinier en peinture qui nécessitait des manutentions importantes.

Titulaire du certificat d'études primaires élémentaires, le sujet a suivi une année de cours secondaires puis est entré en école d'apprentissage maritime. Il navigue dans la marine marchande jusqu'à son mariage, à partir de quand, pendant plusieurs années, il travaille dans une fabrique de parapluies remplissant à la fois les fonctions de magasinier et de contremaître.

B. occupait son dernier emploi de magasinier, où il avait à faire des manutentions lourdes, depuis six ans, lorsque survint brutalement son affection. Souhaitant bénéficier d'une rééducation en centre, et en vue d'un emploi de bureau, il voudrait accomplir son stage de formation de préférence dans la région bordelaise pour ne pas s'éloigner de sa famille.

De bon présage, les résultats de l'examen psychotechnique le situent au-dessus du niveau moyen des candidats à un reclassement. Notre postulant, qui a conservé un niveau scolaire correspondant aux études qu'il a faites, offre des capacités intellectuelles très satisfaisantes. Dans son passé professionnel, il apparaît comme une personne sérieuse, capable de faire l'effort nécessaire pour réussir. On est conduit à lui conseiller une rééducation en dessin du bâtiment, à défaut en comptabilité, précédée de trois mois de rattrapage scolaire. Une formation manuelle qui d'ailleurs pourrait poser des

problèmes médicaux serait moins indiquée. La première solution est retenue par la Commission d'orientation le 19 octobre 1970.

Le 4 janvier, B. entre en centre de rééducation où il se révèle d'emblée comme un élément consciencieux. Cependant, le rattrapage scolaire est d'un niveau élevé et le candidat éprouve de sérieuses difficultés. Il pense que cette période préalable sera insuffisante et trop courte. Il sera surmené. Le rapport nous dit qu'il travaille jusqu'à l'épuisement. La C.D.O.I. accordera trois mois supplémentaires de rattrapage scolaire. La situation revêt un aspect dramatique lorsque madame B. tombe malade et est admise au Centre Abadie. On craignait, paraît-il, une tumeur cérébrale. La fatigue du sujet jointe à l'anxiété motivée par l'état de santé de sa femme épuisent monsieur B. qui confie à l'assistante sociale par lettre du 26 avril :"J'ai été obligé de voir le docteur dans l'après-midi de samedi. Les nerfs avaient pris le dessus. Je n'ai pas voulu me faire arrêter tout de suite, mais aujourd'hui son point de vue n'a pas changé. Il veut que je reste dans le calme ...". Le reclassement semble remis en question.

Professionnellement, B. avait l'impression de manquer de certaines bases mathématiques pour comprendre et désirait absolument obtenir une qualification professionnelle. Il avait manifesté la volonté de quitter le centre dont il ne pouvait suivre le rythme d'enseignement qui l'avait mené, de l'avis même du psychotechnicien, qui constatait en revanche un très net progrès, à un effort un peu excessif. La Sécurité sociale prendra en charge le rattrapage scolaire en cours particuliers. B. voulait entrer dans une école où la rééducation s'effectue sur deux ans et où la période de rattrapage scolaire est plus longue.

Les choses vont s'arranger. Si B. est toujours préoccupé par la santé de sa femme, celle-ci n'a heureusement qu'une affection bénigne, qui sera sanctionnée par une intervention très simple au niveau de la sphère O.R.L. L'Ecole de ... accueillera le sujet le 1er septembre 1971 et ce dernier, plus sûr de lui, reprenant confiance dans

son avenir professionnel, obtient de bonnes notes. Il achève, en juin, sa première année. Il envisage, l'année suivante, de s'orienter vers le métré qui lui permettra de partager son activité entre les dessins et les relevés sur le chantier. Il avait suivi deux heures de cours de mathématiques supplémentaires par semaine.

Monsieur B. pense déjà à l'année prochaine, au certificat d'aptitude professionnelle et à la recherche d'un employeur. La tâche de l'assistante sociale aura été de suivre minutieusement l'évolution du stage (elle nous a montré le détail des notes trimestrielles), de découvrir ce qui, à un moment donné, n'allait pas, d'apporter à l'handicapé des éléments d'information quant aux places disponibles dans les établissements et aux possibilités offertes. En même temps - et sans omettre l'aide auprès de la famille - qu'elle prodiguait des encouragements et le soutien nécessaire à une reprise de confiance en soi.

C O N C L U S I O N S

L'objet de notre travail est relativement simple. Nous sommes parti des procès-verbaux de la Commission départementale d'orientation des infirmes de la Gironde datés de 1970. Nous avons analysé les avis prononcés en faveur du reclassement des travailleurs handicapés intéressés par ces décisions et figurant sur le compte-rendu. Partant de chacun de ces candidats,nous avons cherché à connaître sa destinée, et à rassembler ensuite les résultats pour avoir une idée d'ensemble.

L'intention n'a pas été de se substituer à un spécialiste en statistiques, mais davantage de faire preuve d'observation tout en ayant l'air de compter. Peu nous importe des chiffres limpides dont la rigueur est si transparente qu'on s'aperçoit que c'est derrière le résultat mathématique brut qu'il fallait aller chercher ce que nous voulions. Ces îlots de chiffres, oasis sur une page blanche, ne nous ont certes pas déplus, pas plus que ne nous a gêné la manière de procéder où nous a conduit le fil de nos recherches. Il est de peu d'importance que les tableaux reproduits soient lisibles d'un seul coup d'œil. Ils le sont, bien sûr, si on veut bien les parcourir avec un minimum d'attention.

Ce à quoi nous nous sommes progressivement déterminé, c'est sous prétexte des chiffres, d'évoquer une atmosphère que l'on découvre soi-même en se penchant sur le problème du reclassement : quel est le vocabulaire usité en pratique ? Quelles sont les étapes de la réhabilitation, les points de repère ? Quel est le cheminement des

dossiers, et partant, le devenir des handicapés. Nous avons cherché à voir comment Dédale fabriquait ses ailes pour s'échapper du labyrinthe. Nous aurions voulu des chiffres qui évoquent.

A l'extrême, peu nous importait le résultat final que l'on retrouvera du reste, sous une autre forme, dans des publications officielles, émanant de personnes compétentes. Nos recherches nous ont appris qu'il est difficile de faire correctement des statistiques. Si nous voulions des chiffres qui parlent, c'est pour qu'ils nous racontent la vie quotidienne des responsables du reclassement.

Des 625 demandes d'attribution de la qualité de travailleur handicapé par la Commission départementale d'orientation des infirmes, formulées dans la Gironde en 1970, sont exclus les cas des personnes ayant fait l'objet d'une décision de rejet et celles pour lesquelles une telle décision paraît prématurée. Il reste 550 dossiers. Et sont obtenus les résultats suivants : sur dix personnes dont la situation médicale, professionnelle et sociale motive de manière authentique et dans des délais convenables un recours auprès de la C.D.O.I., six (58,7 %) déterminent un avis de reclassement. D'autre part, trois sujets sur dix, soit un tiers des handicapés (29,9 % ou 34 % suivant l'effectif global considéré) sont reconnus inaptes à l'égard d'une activité professionnelle quelconque.

Le reclassement véritable se pose en terme de contrat chez un employeur ou de stage dans un centre de rééducation - qu'il s'agisse de réadaptation à l'ancien métier - réalisable dans le premier cas seulement - ou bien d'adaptation à une courte spécialité ou de rééducation au sens propre - valables dans les deux circonstances. A l'avis prononcé par la Commission succède l'application pratique. Nous avons observé les réalisations concrètes pour lesquelles apparaissait un recul suffisant. Il s'agissait en effet de laisser au travailleur handicapé le temps d'accomplir son reclassement avant

son réemploi effectif, mais on pouvait craindre que trop d'éloignement modifie les données du problème tel que nous nous l'étions initialement posé. Ces réalisations donnaient, au bout de deux ans à un an, 58,97 % de succès pour les contrats et 62,00 % pour les stages en centre, valeurs que confirmait le résultat des placements directs fixé, au bout du même délai, à 55,07 %. Il est probable qu'à l'avenir d'autres sujets placés viennent grossir ces pourcentages.

Soulignons que les handicapés dont le devenir dépend d'un reclassement, susceptibles d'une réhabilitation professionnelle vraie, qui nous intéressent en premier lieu, sont présentés presqu'exclusivement dans notre département par la Caisse régionale d'assurance maladie. Le service de reclassement de cet organisme tient une place prépondérante en matière de Réadaptation des travailleurs handicapés adultes.

Quant à la nature médicale du handicap de nos travailleurs infirmes, les affections myo-ostéo-articulaires et neuro-psychiatriques sont dominantes. Les chances qu'a un candidat de se reclasser semblent étroitement liées à son handicap.

Le reclassement des travailleurs handicapés, en tant que démarche énergique et efficace, est l'expression d'une "compréhension agissante" substituée à une "débilitante pitié". Mais ce dynamisme n'est pas d'un seul côté. Il dépend aussi de la collaboration de l'handicapé lui-même. Après l'octroi d'une rente qui lui assure sa subsistance, il s'agit de procurer à la personne, par le travail, "le maximum de possibilités de se rendre utile" afin qu'elle puisse s'insérer dans la société. Les handicapés et les autres ont en commun le problème de leur intégration. La réhabilitation professionnelle combat l'ostracisme de la catégorie de travailleurs que les handicapés sont en puissance. Ce rattachement ne serait cependant pas parfait sans qu'il soit tenu compte des conditions de vie : logements adaptés, organisation des déplacements, occupation des loisirs, harmonisation des

relations. Un troisième élément est la prise de conscience par la collectivité moderne du problème des handicapés car la technique, dont on peut tirer la solution, n'évolue pas forcément dans un sens immédiatement favorable aux plus défavorisés physiques ou mentaux. La société doit être convaincue de ses responsabilités. En pastichant LLOYD GEORGE nous pourrions ajouter que : le test de notre civilisation ce sera la manière dont on traitera les handicapés.

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Président de l'Université de Bordeaux II :
H. BRICAUD

Bon à imprimer,
Le Président de Thèse :
P. L'EPEE

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 24 Octobre 1972
Le Chancelier des Universités :
R. PAULIAN

B I B L I O G R A P H I E

1. AJURIAGUERRA et JAEGGI - La place de la réadaptation dans la psychiatrie moderne .

2. ALFONSI Charles - Le sport dans la réhabilitation du handicapé moteur.
Thèse Bordeaux, 1968, n°160.

3. ALLIEN P.J. - Cardiopathies et travail. Incidences médico-sociales du problème.
Thèse Bordeaux, 1955, n°9.

4. ANDRES François - Le reclassement des diminués physiques dans une collectivité de travail portuaire
Thèse Strasbourg, 1962, n°26.

5. ARNE L. - Numéro consacré à la médecine de rééducation fonctionnelle.
Bordeaux Médical, n°9, mai 1972 (n°1).

6. AUBERT J. - Pour une invalidité équitable.
Le Concours Médical du 26.IV et du 30.IV.1966, 3009 et 3171.

7. BEAUSSIER - Conditions d'adaptation à la vie professionnelle.
Centre National de Documentation Pédagogique n°126, EP/PR.

8. BERLIOZ C. - Réflexions sur l'invalidité.
Le Concours Médical du 9.IX.1968, 7583.

9. BLANC Jacques - Contribution à l'étude de l'avenir des enfants atteints de handicaps moteurs cérébraux. (A propos de 250 observations du Centre de réadaptation fonctionnelle de Ramonville Saint -Agne.)
Thèse Toulouse, 1964, n°115.

10. BLIN Yves, Jules - Le centre de reclassement professionnel de la Caisse primaire centrale de sécurité sociale de la région parisienne.
Thèse Paris, 1955, n°126.

11. BLOCH-LAINE F. - Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées . Rapport présenté au Premier ministre.
La Documentation Française, Paris, 10.2.69.

12. BOER (DE) H. - Problèmes actuels de la réadaptation professionnelle.
Bulletin de l'A.I.S.S. n°12, décembre 1960.

13. BONNIN Hélène - Les établissements de réhabilitation des handicapés en Gironde.
Thèse Bordeaux, 1972, n°41.

14. BOTROT ROUSSEL - Rééducation professionnelle et reclassement.
Rapport de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (cinquième partie), 1967.

15. BOURRET J., AMPHOUX M., CHAMBET C., CORNUAU J., DELMAS R., ROTHAN A. - Le handicapé dans l'entreprise.
XIIe Journées nationales de Médecine du Travail. Marseille, 10-14 mai 1972.

16. BOUTRIT Jacques - Résultats médico-sociaux du Centre de rééducation de Clairvivre de 1947 à 1957.
Thèse Bordeaux, 1958, n°136.

17. BROUAT André - La rééducation des diminués adultes par accident ou maladie.
Thèse Toulouse, 1956, n°30.

18. CATALINA Marie-Josée - Les handicapés. Essais de synthèse. Activité de la Commission départementale d'orientation des infirmes et de sa section de placement (1962).
Thèse Clermont-Ferrand, 1964, n°35.

19. CHAUVEAU J. - Etude générale sur la réadaptation fonctionnelle et la récupération des diminués physiques par rééducation professionnelle.
Thèse Paris, 1951, n°307.

20. CHAUVEAU, VOET, DEBAYE - L'invalidité en droit social.
Le Concours Médical du 16.X.65, 5979.

21. CHEDRU-GUILLON Geneviève - Possibilités de réadaptation pour les handicapés intellectuels hospitalisés en milieu psychiatrique sectorisé. (Réflexions, perspective d'assistance et de soins à propos de 272 cas.)
Thèse Paris, 1968, n° 977.

22. CHRISTOL Jacques - L'avenir des enfants atteints de handicaps moteurs.
Thèse Toulouse, 1959, n°22.

23. CONTET Marie-Claire - Etude du reclassement professionnel des cardiaques sur 79 cas de valvulopathies rhumatismales adressés au centre de la Caisse primaire centrale de sécurité sociale.
Thèse Paris, 1963, n°711.

24. DELAUNAY (Roubaix) - Le médecin du travail devant les problèmes des handicapés.
Médecine du Travail, n°6, 1968, 17.

25. DELESTRE R. - La réhabilitation des diminués physiques. Les réalisations dans la région du Nord-Est.
Thèse Nancy, 1954, n°62.

26. DERRE-GUILHAMET Françoise- Contribution à l'étude de la réhabilitation des diminués physiques en France et à l'étranger.(Etude comparative des législations, des organisations et des résultats.)
Thèse Paris, 1962, n° 979.

27. DIJON H. - La réhabilitation des diminués physiques.
Information Sociale, n°8, 1950.

28. DOUBLET Jean - Rôle des milieux protégés dans la réadaptation des handicapés mentaux.
Thèse Paris, n° 975.

29. DUTHU Anne-Marie - L'atelier social de la Régie Renault. Etude du recrutement et du devenir des handicapés après maladie ou accident. Bibliographie concernant les travailleurs handicapés.
Thèse Paris, 1970, n°469.

30. FISZLEWICZ Pierre - Le handicap moteur et la société.
Thèse Paris, 1967, n°302.

31. FOUCHE S. - Les ateliers protégés et les commandes de travail.
Revue Réadaptation, n°66, janvier 1960.

32. GAUTHIER B. - Les dévalorisations humaines et leurs évaluations.
Concours Médical du 4.VI.66, 4154.

33. GIRARD - Rééducation et reclassement.
Revue de la Sécurité Sociale, n°39, octobre 1953.

34. GOROSTIDI M. - Le problème médico-social des travailleurs âgés et le médecin du travail.
Thèse Bordeaux, 1960, n°135.

35. GUILHEM Geneviève - Rééducation professionnelle du tuberculeux pulmonaire. Etude de 365 cas observés au cours de l'année 1960.
Thèse Paris, 1967, n°41.

36. HIHI Evelyne - Etude statistique de l'attribution de l'aide sociale aux handicapés physiques.
Thèse Strasbourg, 1965, n°90.

37. LAYLIAC - Le problème du diminué physique : rente ou salaire ?
Thèse Paris, 1954.

38. LECLERCQ J. et MAZEL P. - La main-d'oeuvre nationale après la guerre.
Librairie Larousse, Paris, 1966.

39. L'EPEE, LAZARINI, BENTEJAC, FIALON - Annales de Médecine Légale, 1964, 459.

40. LEROY D. - L'handicapé physique, réadaptation et réinsertion sur le plan régional.
Ouest Médical, n°5, 10 mars 1967.

41. LONGIN Y.R. - Echecs et réussites dans la réinsertion sociale des handicapés mentaux.
Mémoire Rennes, 1969.

42. MALESYS - Les comportements réactionnels à l'infirmité.
Sauvegarde de l'Enfance, n°45, 1960.

43. MASSONNAUD - Interventions de l'état du marché du travail dans l'évaluation des possibilités psycho-physiologiques restantes.
Revue Médecine et Travail, IV, 1969.

44. MICHEL - Le problème social et économique de l'utilisation des travailleurs physiquement diminués.
Annales de Médecine Sociale, juin 1949, 225.

45. MICHENET Jean-Jacques - Etude du reclassement des travailleurs handicapés par le service médical de main-d'oeuvre d'un département.
Thèse Bordeaux, 1969, n°231.

46. NEPVEU - L'avenir professionnel du jeune handicapé physique.
Revue Réadaptation n°61, juin 1959.

47. OTTINGER - La réadaptation fonctionnelle de 300 accidentés du travail au centre de traumatologie de Strasbourg.
Thèse Strasbourg, 1955.

48. PARANT C. - L'aptitude au travail et ses limites.
Archives des Maladies Professionnelles, 1965, 587.

49. PARISOTS, MERKLENL, GAUTHIER, BOUBEL - Le reclassement des valeurs humaines réduites.
Journal Méd. Franç., août 1946.

50. PERIVIER Edward - Rééducation et délinquance.
Thèse Bordeaux, 1960, n°83.

51. PIERQUIN L. - La réadaptation des handicapés physiques. Aspects fonctionnel, professionnel et social.
Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale, avril, mai 1961, tome 9, n°3.

52. PIERQUIN L., POULIZAC H., BOISSEAU J. - Le rôle du médecin du travail dans la rééducation des diminués physiques.
Congrès de Médecine du Travail de Strasbourg, 1954.

53. PINGOUD Micheline, Renée - Traumatisés crâniens et reclassement professionnel. Etude de 256 dossiers traités au Centre de reclassement professionnel de la Caisse primaire centrale de sécurité sociale de la région parisienne au cours des années 1957 et 1958.
Thèse Paris, 1959, n° 968.

54. POULIZAC H. - Réhabilitation et médecine du travail.
Semaine de Médecine de Paris, n°35, 2.12.53,258.

55. RATIER Jean, Armand, Maurice, - Les diminués physiques et leur rééducation professionnelle.
Thèse Paris, 1958, n°553.

56. ROSIER A. - Un aspect particulier de la politique de l'emploi, le reclassement des diminués physiques.
Revue Franç. du Travail, novembre,décembre 1950,195.

57. SCHMUTZ G. - Thèse Strasbourg, 1949.

58. VALTON R. - Les aspects médicaux du placement des infirmes moteurs.
Rapport au Cons. Sup. Méd. Trav.,juin 1955.

59. VAUJANY Jacques, Louis, Emile - Etude du retour du tuberculeux pulmonaire guéri en milieu industriel.
Thèse Bordeaux, 1954, n°91.

60. VERBIZIER (DE) J.H. - La crise de réadaptation sociale.
Thèse Bordeaux, 1954, n°69.

61. VERRIER Jean-Pierre - Etude sur l'adaptation socio-professionnelle des enfants de l'Institut médico-pédagogique, annexe de l'Hôpital psychiatrique de Ste Gemmes-sur-Loire (M.et L.). (A propos de 630 sorties effectuées de 1956 à 1968.)
Thèse Angers,1970, n°22.

62. VISCARDI H. Et ce jour-là je fus ... un homme nouveau.
L'aventure d'un homme sans jambes.
Salvator - Mulhouse, 1967.

63. WOLFERS - Problèmes scolaires posés par les enfants handicapés physiques.
Thèse Paris, 1964.

64. *** Rééducation, réadaptation et placement des handicapés.
Concours Médical n°25, supplément, 18.6.1955.

---

65. Actualités sociales hebdomadaires, 14 boulevard Montmartre, 75, Paris 9ème.

66. Bulletin de Statistiques de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, Direction régionale de Bordeaux.

67. Bulletin officiel du ministère de la santé publique. Textes officiels.

68. Bulletin officiel du ministère d'Etat chargé des affaires sociales. Textes officiels.

69. Bulletin officiel du ministère du travail. Textes officiels.

70. Bulletins des différentes associations de handicapés.

71. Bulletins officiels du Journal Officiel.
Travail Emploi. Sécurité Sociale. Santé Affaires sociales. 26, rue Desaix, 75, Paris 15ème.

72. CEDARR - Répertoire des centres de réadaptation professionnelle . "Le Belloy" 60, Saint-Omer-en-Chaussées.

73. CEDIAS - Rééducation des déficients sensoriels et physiques. Rééducation des déficients mentaux.
5, rue Las Cases, 75, Paris, 7ème.

74. Circulaire documentaire sur Dépt. de coordination.

75. COMITE MEDICAL NATIONAL DE L'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE. - Les infirmes moteurs cérébraux. Association nationale des infirmes moteurs cérébraux, Paris, 1967.

76. COMITE NATIONAL FRANCAIS DE LIAISON POUR LA READAPTATION DES HANDICAPES (Paris). - Journée d'Etudes et d'Information sur le Reclassement professionnel des handicapés et sur l'appareillage. Lyon, 22 avril 1969.

77. COMMISSARIAT GENERAL AU PLAN - Rapports des commissions du 6ème plan, 1971-1975. Handicapés - Inadaptés. La Documentation Française, Paris, 1971.

78. COMMUNAUTE EUROPEENNE DU CHARBON ET DE L'ACIER - HAUTE AUTORITE. Bases techniques et perspectives sociales de la réadaptation. Collect. de traumatol. et réadapt.n°1,Luxembourg, 1967.

79. DIRECTION DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE. Mémento de l'Aide sociale, Bordeaux, avril 1969.

80. Dossier "VERITE DU CHOMAGE" publié par l'U.I.M.M., janvier 1969.

81. EUROP-MEDICA - De la notion d'invalidité dans le cadre de certaines législations européennes,1966,n°1.

82. FONDS NATIONAL DE L'EMPLOI - Les emplois des travailleurs handicapés. Ministère du travail, de l'emploi et de la population. Echelon régional de l'emploi de Lyon. Inspection médicale régionale du travail, Lyon, août 1971.

83. GUIDE DU TRAVAIL ET GUIDE FAMILIAL - Edition Sociale Française, 17, rue Viète, 75, Paris 18ème.

84. GUIDE NERET pour les handicapés, 23, rue de Chabrol, 75, Paris 10ème.

85. GUIDE PRATIQUE DU RECLASSEMENT. Brochure éditée par le B.U.S.

86. INSTITUTE OF PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION. of New York University - Bellevue Médical Center. 400 East 34 th Street, New York 16,New York.

87. INSTITUT REGIONAL DE READAPTATION FONCTIONNELLE, PROFESSIONNELLE ET SOCIALE. Journées d'Etudes de Nancy. Caisse Régionale de Sécurité Sociale du Nord-Est,Nancy, 15 et 16 novembre 1957.

88. JOURNAL OFFICIEL - Aide Sociale, 26, rue Desaix, 75, Paris, 15ème.

89. JOURNEES MEDICALES CAENNAISES, COLLOQUE FRANCO-ALLEMAND. Reprise du travail après infarctus du myocarde, asbestose pulmonaire, byssinose. Société de médecine du travail de Normandie et Société de médecine de Basse-Normandie, Caen, 1963.

90. JOURNEES MEDICALES ET D'ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX - La Réhabilitation.Université de Bordeaux II, Bordeaux,22 octobre 1970.

91. LIAISONS SOCIALES - L'emploi. Supplément août 1968.

92. ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL. Genève. L'OIT et la Réadaptation professionnelle. Brochure, octobre 1966.

93. REEDUCATION. Revue française de l'Enfance délinquante, déficiente et en danger moral. Imprimerie Administrative, Melun.

94. Revue "LIAISONS SOCIALES", 5 avenue de la République, 75, Paris IIème.

95. Revue "READAPTATION", 10, rue de Sèvres, 75,Paris,7ème.

96. STATISTIQUES SOCIALES 1961-1967. Liaisons sociales, numéro spécial, 1967.

97. Vie Sociale (Musée Social et CEDIAS), 5, rue Las Cases, 75, Paris 7ème.

Editions BERGERET, 2, rue Bergeret, Bordeaux, tel.91.12.59.